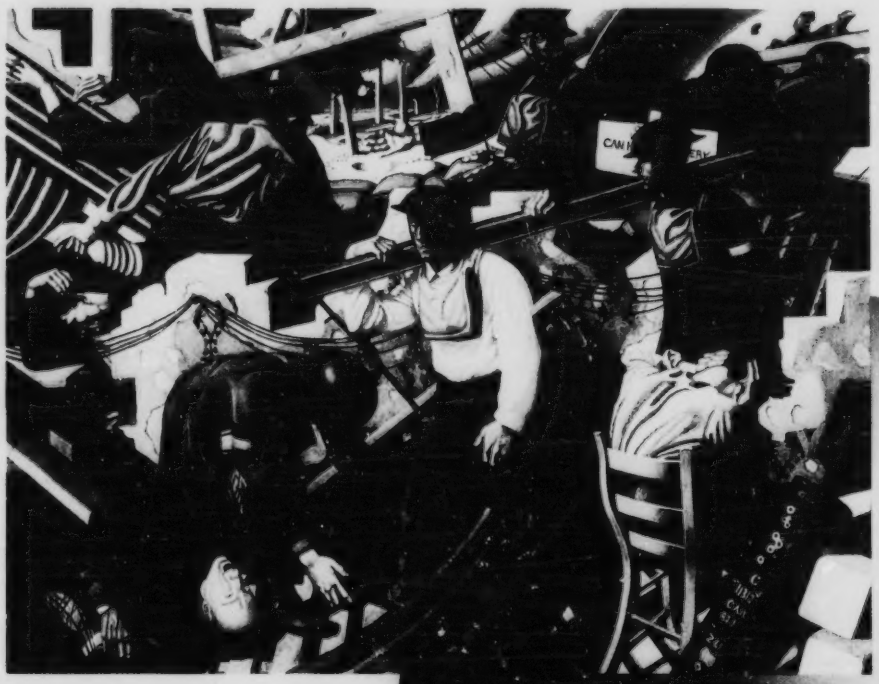
Ombudsman

Défense nationale et Forces canadiennes
National Defence and Canadian Forces

Rapport au ministre de la Défense nationale

par André Marin **Ombudsman**



RAPPORT SPÉCIAL

Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT

Plaignant :
Christian McEachern

En vertu des Directives ministérielles, septembre 2001

Canada

Sur la couverture

La tête posée entre les mains, l'homme dans le coin inférieur droit du tableau de Colin Gill, peint en 1919 et intitulé *Poste d'observation canadien*, semble souffrir d'un « traumatisme dû au bombardement ». Aujourd'hui, cet état mental est appelé le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Poste d'observation canadien
Colin Gill
CN8967
© Musée canadien de la guerre

Rapport spécial

Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT

PARTIE I :
Prévalence du SSPT dans les FC

PARTIE II :
Diagnostic et traitement du SSPT

PARTIE III :
Attitudes au sujet du SSPT dans les FC

PARTIE IV :
Éducation et formation générales sur le SSPT

PARTIE V :
Formation et procédures liées au déploiement

PARTIE VI :
Éducation pour le personnel soignant

PARTIE VII :
Mesures administratives

PARTIE VIII :
Problèmes systémiques

Plaignant : Christian McEachern

Équipe d'enquête

Directeur de l'équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO) et chef enquêteur
Gareth Jones

Conseiller spécial sur le syndrome de stress post-traumatique auprès de l'Ombudsman
Brigadier-général (à la retraite) Joe Sharpe

Enquêteurs de l'Ombudsman
Bob Howard
Liz Hoffman
Frank Harrison

Table des matières

Sommaire ..... **v**

Faits v

Constatations vi

Introduction **1**

Plainte 1

Processus d'enquête 4

Résumé des faits concernant le cpl McEachern 8

A. Événements antérieurs au diagnostic de SSPT 8

B. Événements postérieurs au diagnostic de SSPT 17

C. Réaction de l'unité 22

D. Événements suivant la recommandation de libération 25

E. Événements du 15 mars 2001 28

F. Événements postérieurs au 15 mars 2001 29

Partie I : Prévalence du SSPT dans les FC **31**

Prévalence historique 31

Prévalence actuelle 34

Résumé et recommandations 47

Partie II : Diagnostic et traitement du SSPT **49**

Critères de diagnostic 49

Traitements du SSPT 54

Résumé 57

Partie III : Attitudes au sujet du SSPT dans les FC **59**

Attitudes face au SSPT au niveau de l'unité et du groupe des pairs 60

Ressentiment à l'égard des membres atteints du SSPT 76

Hésitation des membres à chercher de l'aide 87

Résumé et recommandation 93

Partie IV : Éducation et formation générales sur le SSPT **99**

Enquête sur l'éducation et la formation dispensées par les FC au sujet du SSPT 100

Formation actuelle 101

Initiatives de formation dans les unités 108

L'importance de l'éducation et de la formation sur le SSPT 109

Comparaison à d'autres organisations 119

Mise en œuvre de l'éducation et de la formation sur le SSPT 120

Rx 2000 126

Initiatives des FC en matière de communication 127

Résumé et recommandations 130

Partie V : Formation et procédures liées au déploiement **135**

Politiques de la Force terrestre 135

Dépistage avant le déploiement 138

Debriefings sur le stress dû à un incident critique 139

Briefings de réinsertion sur le théâtre d'opérations 140
Résumé et recommandations 150

Partie VI : Éducation pour le personnel soignant 153
Résumé et recommandations 155

Partie VII : Mesures administratives 157
Politique sur les congés annuels 157
Reclassement (RECL) 158
Soldats en transition à leur retrait de la LEPND (préparation à la libération) 162
Résumé et recommandation 163

Partie VIII : Problèmes systémiques 165
Traitement des réservistes et du personnel de renfort 165
Les EIPRS/la LEPND 169
Les CSTSO 181
Soins pour le personnel soignant 186
Traitement de soutien pour les familles 193
Concept du soutien par les pairs 195
Confidentialité des renseignements médicaux 196
Problèmes de ressources 205
Recrutement et maintien des effectifs 213
Défis de collaboration et de coordination 214
Coordonnateur pour les problèmes de SSPT 220
Résumé et recommandations 223

Conclusion 231

Sommaire des recommandations 235

Liste des abréviations 239

Sommaire

Faits

1 Le Bureau de l'Ombudsman a fait une enquête à la suite d'une plainte déposée par le caporal (cpl) Christian McEachern. Le cpl McEachern allègue que les Forces canadiennes (FC) traitent de façon injuste leurs membres qui sont atteints du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Il est un ancien membre du 1 Princess Patricia's Canadian Light Infantry (1 PPCLI) basé à Edmonton, chez qui le syndrome de stress post-traumatique avait été diagnostiqué à l'automne de 1997. Il a été libéré des FC en juillet 2001.

2 Le 15 mars 2001, le cpl McEachern aurait pénétré au volant de son véhicule dans le bâtiment du quartier général de garnison de la BFC d'Edmonton. Il encourt des accusations criminelles à la suite de cet incident. Mon Bureau ne s'est pas penché sur les circonstances immédiates de l'incident lui-même puisque ce dernier est encore devant la Cour.

3 La principale préoccupation du cpl McEachern était la manière dont les FC traitent les problèmes reliés au SSPT. Il a déclaré que le niveau de connaissance et de sensibilisation en ce qui concerne le SSPT, au sein des FC, est insuffisant et que les membres qui en sont atteints sont souvent mis à l'écart, dépréciés et abandonnés par leur unité. Il a indiqué à mes enquêteurs qu'il ne cherchait pas à obtenir réparation mais qu'il espérait plutôt que sa plainte aiderait à améliorer la situation d'autres personnes qui souffrent du SSPT.

4 L'équipe d'enquêteurs a interviewé quelque 200 personnes au total. De ce nombre, environ 100 étaient des membres actifs ou anciens des FC chez qui on avait diagnostiqué le SSPT, ainsi que des membres de leur famille. L'équipe a aussi interviewé des membres de la chaîne de commandement du cpl McEachern, dont son ancien commandant (cmdt) ainsi que d'anciens commandants et le commandant actuel du Secteur Ouest de la Force terrestre (SOFT) à Edmonton. Ils ont interviewé des officiers supérieurs au Quartier général de la Défense nationale (QGDN), dont le Directeur général – Service de santé (DGS San), le bgén Lise Mathieu. Les enquêteurs ont aussi interviewé le personnel de trois centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO). Ils ont également rencontré des représentants d'organismes extérieurs, comme la Croix-Rouge internationale et des militaires étrangers. Ils ont aussi

consulté le lgén (à la retraite) Roméo Dallaire, ainsi que le Chef d'état-major de la Défense (CEMD) d'alors, le général Maurice Baril. L'enquête a généré des milliers de pages de comptes rendus d'entrevue. Les enquêteurs ont aussi étudié de nombreux documents sur le SSPT provenant des FC et d'autres sources.

Constatations

5 Au fur et à mesure que l'enquête progressait, il est devenu vite évident que la plainte du cpl McEachern mettait en lumière l'existence d'un certain nombre de problèmes de nature systémique.

6 La première chose que les enquêteurs ont cherché à établir avec précision a été la prévalence du SSPT au sein des FC. Les CSTSO nous ont indiqué le nombre de cas de SSPT que chacun d'entre eux avait traité. Ainsi, en mai 2001, le CSTSO d'Edmonton avait déjà diagnostiqué plus de 200 cas de SSPT chez les membres des FC, depuis sa création à l'automne de 1999. Toutefois la psychiatre des FC à Edmonton estime que le nombre réel de membres des FC qui souffrent du SSPT est beaucoup plus important, compte tenu de l'hésitation à se faire connaître. Son estimation la plus pessimiste est de l'ordre de 600 à 700 cas de SSPT chez les membres des FC dans la seule région d'Edmonton. Les enquêteurs ont été surpris de constater que les FC ne disposaient pas d'une base de données centrale et à jour sur les cas connus de SSPT. Il est clair que de telles données sont essentielles car il est difficile de régler un problème sans disposer de données suffisantes. De plus, il semble n'y avoir que peu ou pas de données sur les suicides au sein des FC. J'ai fait plusieurs recommandations pour remédier à cette absence de données; je les crois essentielles si les FC veulent s'attaquer aux problèmes reliés au SSPT et aux problèmes connexes.

7 Les enquêteurs se sont penchés sur les attitudes des FC face au SSPT. Il est évident, partout au sein des FC, que beaucoup sont sceptiques à l'égard du SSPT et se demandent si c'est une maladie réelle. On croit même, tant chez les pairs que chez les dirigeants, que ceux qui sont atteints du SSPT font semblant ou sont tout simplement de mauvais soldats. Par contre, selon les professionnels de la santé et le personnel soignant, le pourcentage de membres qui exagèrent ou font semblant est rare, de l'ordre de un à trois pour cent. De plus, il nous est apparu très clair dans le cours de l'enquête que la grande majorité des membres chez qui le SSPT

avait été diagnostiqué, incluant le cpl McEachern, étaient tout le contraire de 'mauvais soldats' – en fait, la plupart d'entre eux étaient des soldats au-dessus de la moyenne, voire même excellents. Un ancien psychiatre des FC de très grande expérience nous a dit : « Quelques-uns de ces gars-là sont les meilleurs soldats que vous ne verrez jamais. » Néanmoins, nous avons pu constater que les membres atteints du SSPT sont souvent mis à l'écart et stigmatisés par leurs pairs et la chaîne de commandement, et qu'on fait tout pour les éviter. De telles attitudes ont inévitablement entraîné une hésitation à se faire connaître, dans le cas de ceux qui en éprouvent les symptômes. Les attitudes qui existent au sein des FC à l'égard du SSPT préoccupent grandement puisqu'il est clair que le plus vite un membre atteint du SSPT se fait soigner, plus de chance il a de demeurer un membre productif des FC.

8 J'ai trouvé plusieurs histoires de réussite de membres chez qui on avait diagnostiqué le SSPT et qui ont poursuivi leur carrière comme membres efficaces et importants des FC. Dans pratiquement tous ces cas, le facteur clé du succès a été un soutien inconditionnel et non critique de la part des pairs et de la chaîne de commandement. C'est une situation dans laquelle tout le monde gagne, tant le membre que les FC, en raison de la nécessité de conserver le personnel expérimenté. Malheureusement, ces histoires qui finissent bien sont l'exception.

9 Dans bien des cas, incluant celui du cpl McEachern, les membres atteints du SSPT avaient des contacts tout à fait inadéquats avec leur unité, surtout après qu'ils en aient été retirés et placés sur la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND). Les membres atteints du SSPT se sont souvent sentis abandonnés par leur unité. J'ai recommandé que les diverses unités entrent formellement en contact avec ces membres, ce qui, à mon avis, devrait aider à atténuer cette perception. J'ai aussi recommandé que suffisamment de ressources soient allouées aux unités pour qu'elles puissent garder leurs membres et s'en occuper directement, aussi longtemps que possible.

10 La clef du changement dans les attitudes est l'amélioration de l'éducation au sujet du SSPT, en particulier chez les chefs. Les FC ont reconnu l'importance de l'éducation dans la résolution de ce problème d'attitude à l'égard du SSPT, mais il reste encore à allouer des ressources suffisantes pour atteindre ce but. L'enquête a fait ressortir qu'il reste encore énormément de travail à faire pour assurer que les membres des FC, à tous les niveaux, soient convenablement éduqués sur le SSPT et ses conséquences. Je recommande donc qu'un programme d'éducation et de formation élémentaire, continu et obligatoire soit mis en place aussi

rapidement que possible. Je recommande également que cette éducation et cette formation sur le SSPT soient dispensées en priorité.

11 Une formation donnée exclusivement par des universitaires et des professionnels des soins des FC qui n'ont pas partagé les expériences de leur auditoire ne semble pas avoir beaucoup de succès, malgré les meilleures intentions. Par conséquent, je recommande qu'à l'avenir cette formation soit assurée par des équipes multidisciplinaires qui comprendront des membres des FC qui, eux-mêmes, souffrent ou ont souffert du SSPT.

12 Par contre, les enquêteurs ont trouvé que la formation et les procédures relatives au déploiement sont grandement appuyées, de manière positive, par la chaîne de commandement. Il y a eu des améliorations importantes qualitatives et quantitatives en matière de formation relative au déploiement, depuis le dernier déploiement du cpl McEachern en 1996, au moins dans les unités que mes enquêteurs ont visitées. Je recommande que les FC examinent et évaluent l'efficacité des améliorations apportées dans la formation et les procédures, particulièrement en ce qui concerne les membres de la Réserve qui, nous l'avons beaucoup entendu, sont souvent oubliés par le système.

13 L'enquête a conclu que le personnel soignant doit être formé afin de pouvoir traiter le SSPT. Je recommande donc que les FC fournissent les ressources nécessaires pour y parvenir.

14 L'enquête a également mis en lumière plusieurs problèmes administratifs. Je recommande que les FC modifient les règles de reclassement pour accommoder les membres atteints du SSPT, dans la mesure du possible.

15 Les FC doivent également améliorer le soutien apporté aux familles des membres atteints du SSPT. Les CSTSO ont besoin de plus de ressources pour atteindre leurs objectifs, y compris la formation d'approche. Je recommande que les FC se penchent sur la façon de faire face aux problèmes de stress et d'épuisement au sein du personnel soignant, lesquels sont dus au manque de ressources et à un très grand nombres de cas. Il existe de sérieux problèmes de confidentialité des renseignements médicaux qui doivent être analysés et corrigés.

16 Finalement, il est évident que, à l'heure actuelle, aucun mécanisme ne permet aux instructeurs des FC, aux dirigeants, au personnel soignant, aux familles et autres parties intéressées de

communiquer entre eux pour partager leurs connaissances et leurs expériences respectives afin de s'attaquer au SSPT d'une manière intégrée. Je recommande donc la création d'un poste de coordonnateur pour les problèmes de SSPT afin de remédier à cette anomalie. Le titulaire de ce poste devrait relever directement du Chef d'état-major de la Défense, en dehors de la chaîne de commandement normale. Je réalise qu'un tel rapport hiérarchique est exceptionnel, mais il y a déjà eu des précédents. Cependant, les conséquences des problèmes associés au SSPT sont tellement importantes pour les FC qu'elles commandent des solutions exceptionnelles.

17 Je suis heureux de constater que les FC se sont montrées proactives à bien des égards dans leur approche du SSPT. Le ministère de la Défense nationale (MDN) et les FC ont entrepris de nombreuses initiatives pour tenter de régler les problèmes inhérents au SSPT. Une de ces initiatives, et non la moindre, a été la création des CSTSO. La réaction positive a été quasi universelle à l'égard de ces CSTSO, et particulièrement à l'égard du dévouement extraordinaire de leur personnel. Je tiens aussi à souligner la rapidité avec laquelle la chaîne de commandement a approuvé et appuyé la création de groupes de soutien par les pairs aux membres atteints du SSPT, ainsi que les efforts pour mettre en place un système de gestion de cas qui permettra d'améliorer la continuité des soins.

18 Le SSPT est un risque opérationnel qui constitue un fait dans les missions actuelles de maintien de la paix. Le problème n'est pas appelé à disparaître. En fait, le Chef du Service de santé des FC a récemment déclaré devant le Comité permanent de la Défense nationale et des Anciens Combattants Canada (ACC) que « ... le SSPT est, de toute évidence un des problèmes de santé les plus importants auxquels nos membres doivent faire face ». Bien qu'il subsiste encore beaucoup d'inconnus quant aux causes de ce trouble, il se pourrait que les qualités qui font que les Canadiens sont des soldats de la paix efficaces dans tous les points chauds du monde les rendent aussi vulnérables aux blessures psychologiques. Pour maintenir leur efficacité opérationnelle dans le maintien de la paix, les Forces canadiennes doivent continuer à prendre l'initiative dans la prévention, l'identification, le diagnostic et le traitement du SSPT.

19 Le SSPT n'est pas un problème nouveau, ni un problème que l'on peut éviter. C'est le prix payé par le Canada pour son engagement continu dans le maintien de la paix, partout dans le monde. Le prix de cet engagement ne devrait pourtant pas être supporté par les hommes et les femmes des Forces canadiennes. C'est une

responsabilité nationale à laquelle le haut commandement et le Ministère doivent donner la priorité.

20 Je conclus que les plaintes du cpl McEachern sont justifiées. Comme beaucoup d'autres membres des FC aussi atteints du SSPT, il a été stigmatisé et isolé de son unité, privé du soutien de ses pairs qui l'auraient aidé à surmonter cette épreuve. J'espère que les recommandations du présent rapport aideront à améliorer de façon significative la manière dont les FC font face au problème du SSPT.

Introduction

Plainte

21 Le caporal (cpl) Christian McEachern a été libéré des Forces canadiennes le 23 juillet 2001 après plus de six ans de service dans la Force régulière et plus de sept ans dans la Force de réserve.

22 Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) a été diagnostiqué et soigné chez le cpl McEachern et, avant qu'il soit libéré, il a été déclaré médicalement en incapacité permanente de travailler dans un environnement militaire. Le 18 janvier 1999, il a été placé sur la liste des Effectifs indisponibles pour raison de santé (EIPRS), dans l'unité de soutien de secteur/base des Forces canadiennes d'Edmonton (USS/BFC). Les EIPRS ont été depuis rebaptisés Liste des effectifs du personnel non disponible.

23 Le cpl McEachern fait face à des accusations criminelles pour avoir pénétré dans le Quartier général de la garnison d'Edmonton par la porte d'entrée principale, au volant de son véhicule, le matin du 15 mars 2001. En vertu de l'article 15 de son mandat, le Bureau de l'Ombudsman ne peut pas examiner les circonstances immédiates de l'incident puisque cette affaire est encore devant la Cour.

24 L'enquête s'est concentrée sur la plainte d'origine du cpl McEachern selon laquelle les Forces canadiennes traitent injustement leurs membres atteints du SSPT.

25 Cependant, afin de fournir un contexte sur la façon dont le cpl McEachern avait été traité, l'enquête a dû examiner comment les FC réagissent au SSPT pour tous les membres. L'enquête a vite mis en lumière de nombreux problèmes systémiques liés à l'attitude adoptée par les FC, en tant qu'organisation, à l'égard du SSPT.

26 Afin de mettre en perspective le traitement infligé au cpl McEachern par sa chaîne de commandement, il a fallu d'abord déterminer la prévalence du SSPT, ainsi que le diagnostic et le traitement de la maladie dans les FC. Les parties I et II du rapport examinent ces aspects. Les attitudes au sein des FC sont discutées dans la partie III. Les parties IV, V et VI examinent les différents aspects de l'éducation et de la formation au sujet du SSPT dans les FC. Les parties VII et VIII examinent les mesures administratives et les problèmes systémiques du SSPT au sein des FC. Bien que la situation de chaque soldat soit unique et personnelle, quelques observations générales sont offertes à partir de l'information recueillie au cours de l'enquête.

27 La plainte du cpl McEachern a soulevé deux questions essentielles au sujet de la façon dont les FC traitent le SSPT :

28 *1. Y a-t-il, au sein des FC, une stigmatisation du SSPT; l'éducation et la formation à l'égard de ce problème sont-elles suffisantes, à tous les niveaux des FC?*

29 Le cpl McEachern s'est plaint que :

30 • Il n'a pratiquement reçu aucune formation ni aucune éducation en matière de prévention et d'identification des maladies provoquées par le stress et, avant d'apprendre qu'il en était atteint, il n'avait pratiquement jamais entendu parler du SSPT. Ce manque d'information a contribué à son incapacité d'identifier et de comprendre les symptômes dont il souffrait.

31 • Avant comme après le diagnostic de SSPT, la chaîne de commandement a ignoré et/ou a considéré ses symptômes comme de simples problèmes de comportement.

32 • Le niveau de compréhension et de sensibilisation à l'égard du SSPT est insuffisant et ce, à tous les niveaux des FC; ce problème est généralement stigmatisé chez ceux qui en sont victimes, étant rejetés par leurs pairs et par la chaîne de commandement.

33 • Les membres qui ressentent les symptômes du SSPT hésitent à demander de l'aide de peur de subir cette stigmatisation et d'être forcés de quitter les FC s'ils sont identifiés comme étant atteints du SSPT.

34 *2. Quelle est la réponse administrative des FC face au SSPT et cette réponse est-elle appropriée et efficace?*

35 Le cpl McEachern s'est plaint que :

36 • La réponse administrative des FC, face au SSPT, consiste à traiter ceux qui en sont atteints comme des éléments « sans valeur » et à les « pousser dehors », au lieu de les aider à s'en sortir et à rester dans les FC.

37 • Sa demande de reclassement (RECL) volontaire a été injustement refusée, bien que son psychiatre en eut fait une condition essentielle de son rétablissement.

38 • Après avoir été placé sur la LEPND, le cpl McEachern s'est senti marginal et mis à l'écart parce qu'il n'a plus eu le moindre contact avec son unité et n'a reçu aucun autre signe de soutien de sa part.

39 • Après avoir été placé sur la LEPND, son traitement médical a été réduit pour cause de manque de ressources, après la retraite de son psychiatre militaire, le capc Passey.

40 • Les réservistes sont traités comme des citoyens de second ordre dans les FC.

41 • Les séances de debriefing après déploiement et les autres mesures destinées à prévenir le SSPT et les autres maladies provoquées par le stress ne sont pas toujours appliquées, ou elles le sont de façon inadéquate. Le cpl McEachern a déclaré qu'il n'a eu droit qu'à un debriefing superficiel à son retour de Croatie en avril 1994 et qu'il n'en a eu aucun à son retour d'Ouganda en décembre 1996.

42 La partie VII examine certains problèmes administratifs découlant de la plainte du cpl McEachern qui sont importants mais ne s'appliquent pas à tous les cas, c.-à-d. la politique sur les congés annuels, le reclassement et les soldats en transition à leur retrait de la LEPND (préparation à la libération).

43 La partie VIII de ce rapport examine comment le cpl McEachern et les autres victimes du SSPT sont traités dans le système. Plus précisément, on se penche sur les problèmes systémiques suivants :

44 • le traitement des réservistes et du personnel de renfort;

45 • les EIPPRS/la LEPND;

46 • les Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO);

47 • les soins pour le personnel soignant;

48 • le traitement et le soutien pour les familles;

49 • le concept du soutien par les pairs;

50 • la confidentialité des renseignements médicaux;

51 • les problèmes de ressources;

52 • les défis de coopération et de coordination;

53 • une approche coordonnée du SSPT par les FC.

54 Malgré ses allégations de traitement injuste par la chaîne de commandement, le cpl McEachern a indiqué que son but, en portant plainte devant ce Bureau, n'était pas la recherche d'un règlement des griefs portant sur ses propres problèmes. Il espérait plutôt que sa plainte aiderait à provoquer un changement systémique qui permettrait d'améliorer la situation des autres qui souffrent aussi du SSPT.

Processus d'enquête

55 La plainte du cpl McEachern selon laquelle les FC ont apporté un soutien insuffisant aux membres souffrant du SSPT n'est pas un événement isolé. Ce sujet a déclenché une couverture médiatique et un intérêt du public qui n'ont cessé de croître ces dernières années. Il a aussi été la cause d'un grand nombre de demandes d'information adressées à ce Bureau et provenant de membres ou d'anciens membres souffrant du SSPT, dont certains n'ont pas encore dévoilé leur état aux FC.

56 Ce Bureau traite chaque plainte individuellement. Quelques plaintes ont été assignées aux enquêteurs de l'Ombudsman pour complément d'enquête; d'autres ont été résolues par des conseils et des références appropriés.

57 Le 4 avril 2001, j'ai rencontré le cpl McEachern et sa mère, à Edmonton, pour discuter de sa plainte. Mes enquêteurs l'ont formellement interrogé le 9 avril 2001.

58 L'évaluation de l'enquête a donné lieu à un examen plus général de la façon dont des membres atteints du SSPT sont traités dans les FC et pourquoi ceux qui en ont les symptômes sont peu disposés à se faire connaître pour un diagnostic et un éventuel traitement.

59 La plainte du cpl McEachern a été confiée à l'équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO), menée par le Directeur Gareth Jones, au début d'avril 2001. Peu après, le brigadier-général (bgén) (à la retraite) Joe Sharpe a été appelé pour agir en tant que conseiller spécial pour ce cas. En outre, un certain nombre d'enquêteurs de l'Ombudsman, dont Liz Hoffman et Bob Howard à Winnipeg, et Frank Harrison à Edmonton, ont mené des entrevues et obtenu des éléments permettant d'accélérer l'enquête; ils ont été aidés par un stagiaire en droit. L'équipe d'enquêteurs a aussi reçu

une aide considérable de la part de l'adjudant-maître (adjum) à la retraite, Mike Spellen, qui a organisé un certain nombre d'entrevues avec des membres et anciens membres atteints du SSPT; certains d'entre eux ne se seraient pas fait connaître autrement. Son aide et ses conseils à l'équipe d'enquête ont été d'une valeur inestimable.

60 En fait, au cours de cette enquête, les enquêteurs de l'Ombudsman ont consulté plus de 200 personnes, incluant :

61 • plus de 100 membres actuels et anciens des FC[1] chez qui le SSPT a été diagnostiqué, ainsi qu'un certain nombre de conjoints;

62 • des membres actuels et anciens des FC qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique mais qui ne se sont pas fait connaître pour se faire traiter, ainsi qu'un certain nombre de conjoints;

63 • d'autres membres des FC, dont certains ont servi avec le cpl McEachern;

64 • des membres de la chaîne de commandement du cpl McEachern au 1 Princess Patricia Canadian Light Infantry (1 PPCLI);

65 • l'ancien Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires) [SMA(RH-Mil)], le lieutenant-général (lgén) Roméo Dallaire;

66 • le chef d'état-major de la Défense (CEMD) de 1998 à juin 2001, le général (gén) Maurice Baril;

67 • les commandants ancien et actuel du Secteur de l'Ouest de la Force terrestre (SOFT), les brigadiers généraux (bgén) Ed Fitch et Ivan Fenton, respectivement;

68 • le commandant (cmdt) et les membres de la chaîne de commandement du 2 PPCLI;

69 • un groupe représentatif de cmdts et membres des bataillons du SOFT basés à Edmonton;

[1] Les termes « membre(s) des FC » identifient aussi bien les membres de la Force régulière que les membres de la Force de réserve.

70 • des officiers supérieurs de la Réserve des FC;

71 • des membres supérieurs du Service de santé des FC, comprenant : le Directeur général – Service de santé (DGS San), le brigadier général (bgén) Lise Mathieu; le Directeur – Politique de santé (D Pol San), le colonel (col) Ken Scott; le Conseiller du DGS San pour la Réserve, le colonel (col) Marsha Quinn; et le Chef d'état-major adjoint – Prestations des soins de santé (CEMA pres SS), le capitaine (de vaisseau) capv Margaret Kavanagh;

72 • des cadres supérieurs du Quartier général de la Défense nationale (QGDN), y compris le Directeur – Recherche et évaluation en ressources humaines (DRERH), le colonel Cheryl Lamerson;

73 • le personnel de trois Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) situés à Edmonton, Halifax et Valcartier;

74 • des aumôniers;

75 • du personnel d'unités médicales;

76 • le Conseiller spécial du Chef d'état-major de l'Armée de terre (CEMAT), sur les questions touchant le SSPT (Soutien social aux victimes de stress opérationnel, Directeur – Soutien aux blessés et administration);

77 • des agents des services sociaux des FC;

78 • plusieurs commandants de base et d'escadre;

79 • des représentants du Centre de ressources pour les familles de militaires (CRFM);

80 • le Centre des leçons retenues de l'Armée (CLRA);

81 • des membres d'organismes militaires étrangers, dont l'ombudsman de la Force de défense israélienne;

82 • du personnel du ministère des Anciens Combattants du Canada;

83 • le Conseiller médical pour la Croix-Rouge internationale;

84 • des fournisseurs civils de soins de santé qui ont soigné des membres des FC atteints du SSPT, y compris un ancien psychiatre des FC maintenant dans le privé;

85 • un psychiatre légiste et un psychologue employés par un service civil de police.

86 En outre, mon équipe d'enquête est entrée en contact avec les établissements pédagogiques et d'entraînement des FC pour savoir quelle formation est fournie aux membres au sujet du SSPT.

87 À trois occasions, mes enquêteurs ont eu des rencontres de groupe avec des membres atteints du SSPT, certains accompagnés de leur conjoint. Ces réunions ont été organisées par le personnel du CSTSO à Edmonton, Halifax et Valcartier.

88 La plupart des membres des FC atteints du SSPT ont accepté de parler à mes enquêteurs à condition toutefois de pouvoir garder l'anonymat, tout comme un nombre important de membres qui ont relaté des expériences personnelles d'événements directement reliés au stress. Il existe, sans contredit, chez les membres des FC de tous les grades, une crainte évidente d'être stigmatisé en cas d'atteinte par le SSPT. Il est important de noter que beaucoup de ceux qui nous ont parlé ont précisé qu'ils n'étaient disposés à le faire que parce que l'enquête était menée par un organisme indépendant des FC.

89 Mes enquêteurs ont examiné de près les dossiers personnel et médical du cpl McEachern après qu'il y eut consenti par écrit. Ils ont aussi recueilli et examiné une grande variété d'autres documents en rapport avec le cas du cpl McEachern et avec les blessures liées au stress en général, ainsi qu'avec le traitement du SSPT au sein des FC et dans d'autres organismes. Au cours de cette enquête, une recherche approfondie a été faite sur le diagnostic et le traitement du SSPT.

Résumé des faits concernant le cpl McEachern

A. Événements antérieurs au diagnostic de SSPT

90 À l'âge de 12 ans, le cpl McEachern est entré dans les Cadets de l'Armée à Calgary. Il dit qu'il avait toujours voulu être soldat dans les FC.

Entrée dans la Force de réserve

91 En février 1987, ayant atteint le grade de sergent et le poste de sergent-major dans les Cadets de l'Armée de Calgary, le cpl McEachern a joint la Première Réserve, plus précisément les Highlanders de Calgary, dans l'unité d'infanterie de Calgary.

Déploiement en Allemagne

92 Du 15 août au 23 septembre 1988, le cpl McEachern a été déployé en Allemagne pour servir dans le 3e Royal Canadian Regiment (RCR) (augmentation de la milice) lors des manœuvres « Reforger ». Au cours d'une entrevue avec les enquêteurs de l'Ombudsman, il a déclaré que ses problèmes avec l'armée ont commencé à cette époque.

93 Le cpl McEachern a décrit les problèmes qu'il a rencontrés comme « de la discrimination envers les membres de la Force de réserve envoyés en renfort dans la Force régulière ». Dans un langage très cru, le cpl McEachern a déclaré « il existe une discrimination très importante. C'est comme si, pour eux, on est un scab ».

94 Après son retour d'Allemagne, McEachern a déclaré qu'il « avait été secoué » par son expérience de cette discrimination, expérience qu'il a décrite comme un « coup ».

Promotion au grade de caporal (Réserve)

95 Le 9 juin 1990, le cpl McEachern a été promu de simple soldat au grade de caporal, sur la recommandation de son cmdt, le lieutenant-colonel (lcol) A.G. Maitland.

Promotion au grade de caporal-chef (Réserve)

96 En octobre 1993, le cpl McEachern a été promu au grade de caporal-chef (cplc) après avoir réussi le Cours de commandant de section d'infanterie à l'École de combat de la PPCLI.

97 Le cpl McEachern a été évalué comme « fortement recommandé pour les missions de l'ONU » dans son rapport de cours du 2 octobre 1993, dans le cadre de la présélection pour les Nations Unies (ONU).

Déploiement en Croatie

98 De janvier à avril 1994, le cpl McEachern a participé à l'entraînement de pré-déploiement avec le 1 PPCLI. D'avril à novembre 1994, il a été envoyé en Croatie, dans le secteur Sud, pour un déploiement de six mois avec le 1 PPCLI, dans le cadre de la Force de protection des Nations Unies (FORPRONU).

99 Avant son déploiement, le cpl McEachern assumait le rang de simple soldat, conformément à la procédure normale pour les soldats de la Réserve. Cependant, au cours de son affectation en Croatie, le lieutenant (lt) L.A. Gallinger « a vivement recommandé » le cpl McEachern pour une promotion de simple soldat à caporal, ce qui a été fait le 22 juillet 1994. Comme le cpl McEachern l'explique, « j'avais initialement reçu la mission de transmetteur du peloton mais je montrais de grandes capacités pour l'infanterie ... ils m'ont ramené dans un poste où je pouvais jouer un rôle de leader outre-mer ».

100 Le cpl McEachern a indiqué qu'il avait éprouvé des symptômes du SSPT pendant cette mission, déclarant que son « premier incident de SSPT » avait été la mort d'un camarade dans l'explosion d'une mine. Il a indiqué qu'il avait commencé à faire des cauchemars vers la fin de cette mission.

101 Il décrit comme sommaire le debriefing que son unité a reçu avant son retour de Croatie :

102

> C'était assez drôle mais ... le seul debriefing que nous ayons eu a été ... je crois que c'était par un médecin et un aumônier ... il y avait seulement ces deux là et tout notre peloton. La question fondamentale était « est-ce que quelqu'un a un problème avec ce qu'il a vu là-bas ? » « Est-ce que quelqu'un se sent fou? ». Naturellement personne ne va dire quoi que ce soit, vous êtes dans une pièce pleine de gars avec lesquels vous venez juste de passer six mois, vous n'allez rien dire ... vous n'allez pas vous exposer, c'est tout. Et il n'y a eu aucun suivi après ça ... le seul suivi que nous ayons eu sur quoi que ce soit ayant trait à cette mission a été ... que nous avons signé un document indiquant que nous avions été exposés à ... des contaminants dans le sol, en Croatie ...

Intégration dans la Force régulière

103 En novembre 1994, on a proposé au cpl McEachern d'entrer directement dans la Force régulière, ce qu'il a accepté bien que cela ait entraîné sa rétrogradation à simple soldat. McEachern a alors été affecté à la compagnie B du 1 PPCLI.

104 Dans une lettre de recommandation pour l'incorporation du cpl McEachern dans la Force régulière, le major (maj) J.G. O'Brien a écrit ce qui suit sur la tenue du cpl McEachern avec le 1 PPCLI pendant la mission de six mois en Croatie :

105

> Le caporal McEachern C.J. s'entendait bien avec ses pairs et a été bien noté par ses supérieurs. Il a satisfait, tant physiquement que mentalement, aux normes exigées d'un soldat d'infanterie dans une situation souvent difficile physiquement et mentalement.

106 Dans la période qui a suivi son entrée dans la Force régulière, le cpl McEachern a déclaré qu'il avait éprouvé des symptômes du SSPT, mais n'avait pas identifié son état : « J'avais des crises de larmes et de dépression bizarres. Je ne savais pas vraiment ce que c'était. Je ne savais pas que j'étais atteint du SSPT, alors je n'en ai simplement pas parlé. »

Promotion au grade de caporal (Force régulière)

107 Dans une lettre du 16 mai 1996, le commandant du peloton de McEachern, le lieutenant George Boyuk, a recommandé McEachern pour une promotion, écrivant notamment :

108

> Pendant l'année et demie que le soldat McEachern a passé dans ce bataillon, son rendement a été d'un niveau supérieur, voire exceptionnel. Il a été affecté à différentes tâches au niveau de son rang ou au-dessus.

109 La promotion du sdt McEachern au grade de caporal a été devancée au 24 mai 1996. Ce jour-là, la compagnie du cpl McEachern a été dissoute en raison du déplacement du bataillon vers Edmonton; le cpl McEachern a été promu au grade de caporal lors du défilé de dissolution. Il a été cité comme le soldat le plus performant de la compagnie.

110 Le cpl McEachern décrit comme suit son intégration dans le 1 PPCLI :

111

> Alors je me suis présenté dans mon unité, ma nouvelle compagnie, et la première chose que j'ai entendu en franchissant la porte a été « tasse-toi de devant moi, espèce de chien sale ». J'ai travaillé pendant deux ans pour me faire un nom, avec les membres de l'ex-force opérationnelle interarmées, les ex-aéroportés. J'avais travaillé dans un environnement des plus professionnels et j'étais retombé dans une situation totalement abusive – la plupart des gens n'étaient encore allés nulle part outre-mer, sauf à Chypre. Au cours des deux années suivantes, j'ai été continuellement pris à partie à cause de mon entrée directe, par sélection rapide. On m'a toujours 'oublié' lors des cours d'avancement de carrière.

112 Le cpl McEachern a déclaré qu'il avait cru que sa carrière était bloquée. Son niveau de stress a été aggravé par le traitement discriminatoire dont il était victime, d'abord pour avoir été un réserviste et, par la suite, pour être un ancien réserviste. Il a déclaré :

113

> ... J'aurais dû être promu depuis longtemps ... vous verrez, quand vous consulterez mon dossier au Personnel, presque toutes mes évaluations sont faites en fonction de mon CGPM [code de groupe professionnel militaire], mais pas de mon grade. Je veux dire : pendant combien de temps devez-vous

> obtenir des évaluations de leadership supérieures ou exceptionnelles avant d'avoir une promotion ... ?

Déploiement en Ouganda

114 En 1996, le cpl McEachern a été sélectionné parmi dix membres de son unité pour participer à l'Opération « Assurance » (Rwanda/Zaire), du 15 novembre au 31 décembre 1996, comme GT0034 (mitrailleur) avec le peloton de défense et de sécurité attaché à la liaison arrière nationale des états-majors du groupe de forces interarmées multinationales.

115 Le capt George Boyuk, qui commandait le peloton du cpl McEachern et qui avait participé au processus de sélection, a déclaré aux enquêteurs qu'il avait interviewé tous les membres potentiels de l'équipe pour évaluer s'ils étaient ou non prêts pour ce déploiement. Selon le capt Boyuk, le cpl McEachern lui avait assuré être mentalement prêt au déploiement. Aucun examen pré-déploiement approfondi n'a été effectué par des professionnels qualifiés.

116 Les commentaires du cpl McEachern suggèrent que l'idée de son déploiement au Rwanda avait provoqué, chez lui, une anxiété importante. Il a déclaré :

117

> Nous assistions à un briefing sur la situation politique, les factions, qui était impliqué et ce qui se passait. Lorsque le sergent-major donnait le briefing, il a commencé à pleurer parce qu'il avait été là-bas en 1994 ; j'ai réalisé que ça allait être ... un drôle de pétrin. Et puis, la première chose que je sais, c'est que je me retrouve à Trenton ... assez inquiet parce que nous partions pour [un engagement différent de ceux des NU, ce qui change les Règles d'engagement] ... C'était différent. J'ai bel et bien été pris d'une vraie panique pendant tout le vol. L'infirmier avait déjà été là-bas. Il vomissait dans le sac de masque à gaz à côté [de moi].

118 L'unité du cpl McEachern a été forcée d'attendre en Ouganda car elle n'avait pas l'autorisation d'entrer au Rwanda.

119 Le capt Boyuk a décrit ainsi leur arrivée en Ouganda :

120

> Pour résumer une longue histoire, cet avion, cet Hercule dans lequel se trouvait le cpl McEachern, n'a

> pas atterri au Rwanda ... Tout le monde savait que nous étions lourdement armés. C'est pourquoi cet avion n'a pas été autorisé à atterrir au Rwanda, parce que nous étions armés ... Nous avons tous fait la jonction et nous nous sommes rendus à Entebbe, le vieil aéroport. Nous y avons établi notre camp ... Quelques jours plus tard ils nous déplacent à Kampala ... Nous avons travaillé à partir de l'aéroport pendant les premières semaines ... puis nous sommes entrés dans Kampala même. Ils ont installé une pseudo-enceinte ... C'est l'état-major multinational qui arrive maintenant à Kampala ... Nous déménageons alors dans – ce n'était pas des hôtels cinq étoiles, contrairement à la conviction populaire. C'était l'état-major divisionnaire qui les occupaient et nous ne nous sentions pas à l'aise. Nous nous sommes installés dans ce qui ressemblait à un genre de motel, les gars dans les chambres. Nous avons opéré à partir de là pendant environ une autre semaine ...

121 Le cpl McEachern a décrit deux incidents à l'occasion desquels il a été le témoin d'une violence inquiétante alors qu'il était en Ouganda :

122

> ... et puis pendant que nous étions là-bas, un certain nombre d'incidents se sont produits, dans lesquels nous n'étions pas autorisés à intervenir parce que nous n'étions pas en Ouganda pour faire quoi que ce soit ... Et puis, quelques autres incidents se sont produits ... Je pense que celui qui m'a le plus marqué était la nuit où la femme a été violée tout près de notre camp, nous pouvions tout voir et l'entendre crier. J'ai fait environ trois appels et ai demandé si je pouvais intervenir, tirer un coup de feu ou faire quelque chose et je n'ai pas eu l'autorisation de faire quoi que ce soit car il ne fallait pas compromettre la sécurité de la division ... nous ne pouvions que rester là et regarder. Cela m'a vraiment dérangé; c'était probablement le pire, pas tellement le ... bien, l'acte était horrible mais ne pas pouvoir faire quoi que ce soit ... vous vous entraînez dur pour aller là-bas et être en mesure de faire la différence, et puis ils vous attachent les mains comme cela ...

123

> Quand nous étions à Entebbe, notre base principale, le périmètre extérieur était occupé par la police militaire ougandaise. Nous assurions conjointement la sécurité intérieure autour des entrées principales, mais également l'essentiel de la sécurité autour des avions. Il y avait dix Hercules stationnés sur la piste, quelques

> appareils d'appui au sol américains et quelques avions de reconnaissance de la Marine. Je ne connais pas la valeur de l'équipement qui se trouvait sur cette base, mais nous assurions la sécurité de ce terrain d'aviation. En faisant ma ronde de sécurité, une nuit, nous avons entendu du bruit, c'était quelqu'un qui se faisait battre. Nous n'étions pas armés parce que le gouvernement ougandais ne nous permettait pas d'avoir des armes. Nous en étions grandement préoccupés. Je me suis senti incapable de me défendre et de défendre mon partenaire.

124 Lorsque je faisais la ronde de sécurité un soir, nous avons entendu un homme se faire battre. Nous sommes allés voir, mais lorsque nous sommes arrivés, la bataille était presque terminée et nous les avons suivis pour savoir où ils amenaient le corps de leur victime.

125 Le véhicule de relève est alors arrivé par une route secondaire et a éclairé la scène alors qu'ils traversaient la route en traînant le corps. J'ai su, à ce moment-là, que le gars était certainement mort parce que sa tête était tournée dans le mauvais sens, l'arrière de sa tête était en bouillie, un de ses bras était cassé et tordu dans le mauvais sens et ils le traînaient la face contre le sol.

126 Ces deux gars n'étaient pas trop heureux que les lumières du véhicule éclairent le corps – [nous avons essayé] de faire éteindre les lumières du véhicule avant qu'ils commencent à s'agiter ...

127 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interrogé un membre des FC qui était présent lors du dernier incident. Il a confirmé l'incident et a déclaré :

128 ... nous avons vu un membre de la police militaire ougandaise battu et nous pensons qu'ils l'ont tué, près de l'aéroport d'Entebbe ... apparemment ce gars-là s'était endormi pendant son service et les ougandais essayaient de nous impressionner par la fermeté dont ils faisaient preuve en le battant sur place. Il m'a semblé mort.

129 D'autre part, le capt Boyuk a indiqué aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'il ignorait le premier incident, bien qu'il ait entendu parler d'un policier battu. À propos de ce que les soldats ont vécu en Ouganda, il a déclaré :

130 Ils ont été témoins d'une forme différente de discipline en ce sens que l'Armée ougandaise traitait ses subalternes différemment de nous et lorsqu'un homme s'endormait pendant sa garde ou n'était pas en tenue réglementaire, par exemple, alors les gars arrivaient et, à une ou deux reprises, un officier a battu un homme à coup de bâton; des formes très archaïques de discipline qui n'existaient évidemment pas chez nous. Il n'y a eu aucune correction en public, d'un gars traîné dehors sur ses pieds ou quoique ce soit d'autre du genre ... Dans cet ordre d'idée, oui, on a pu assister à une ou deux choses étranges, mais encore une fois, il n'y a eu aucune exécution; il n'y a eu aucun châtiment public. Il y a bien eu un incident, en ville, dont je me souviens et dont certains gars en route vers l'aéroport ont été témoins : un voleur à l'étalage pourchassé à travers le marché par la police qui a carrément tiré sur la foule pour essayer d'avoir ce gars. Quelques personnes avaient été atteintes. Je me rappelle que les gars en parlaient. Ils trouvaient ça plutôt brutal, des gens innocents. Un gars qui lunchait a été tué. Il a reçu une balle et est mort. Je ne sais pas si le caporal McEachern a été ou non témoin de cela, mais c'est de ce genre de choses dont il est question – et j'ai vu des choses pires, diffusées aux nouvelles ici au Canada.

131 Pendant l'enquête, on a dit à plusieurs reprises aux enquêteurs de l'Ombudsman que le cpl McEachern n'était jamais 'allé au Rwanda.' Il y avait une insinuation claire qu'il ne pouvait donc pas avoir été témoin de choses traumatiques au point d'entraîner le SSPT; l'idée implicite étant que le cpl McEachern exagérait ou feignait ses symptômes. Sur la base des preuves recueillies pendant cette enquête, il est clair pour moi que :

132 • en aucun moment le cpl McEachern n'a prétendu avoir été envoyé au Rwanda, ni devant les enquêteurs de l'Ombudsman ni bien sûr devant qui que ce soit d'autre;

133 • il y a des preuves indiscutables que le cpl McEachern a été témoin d'une violence inquiétante lorsqu'il était en Ouganda;

134 • le cpl McEachern est honnête, sincère et direct dans tous ses rapports avec ce Bureau.

135 Le cpl McEachern a déclaré qu'il n'y avait eu aucun debriefing lorsque son unité est revenue d'Ouganda. Quand on lui a spécifiquement demandé si le processus de debriefing au retour d'Afrique était différent de celui au retour de Croatie (qu'il avait

décrit comme sommaire), il a déclaré : « Il n'y a pas eu de processus du tout, au retour d'Afrique ... même pas cela. »

136 Le capt Boyuk a déclaré qu'après le retour d'Ouganda :

137

> Nous faisons nos entrevues post-exercice, nous parlons aux gars. J'étais préoccupé par quelques gars qui avaient de toute évidence menti au sujet de leur situation personnelle. Mon objectif, mon principal effort a consisté à régler ce problème sans attendre. Essentiellement, les gars, parce c'était le temps de Noël, j'ai dit aux gars en gros « si vous avez la moindre inquiétude, dites-le maintenant. Nous demanderons qu'un travailleur social vous rencontre. Pour ceux d'entre vous qui n'ont pas de problème » – tout le monde veut rentrer à la maison pour Noël, fondamentalement.

138 Le cpl McEachern a indiqué que son expérience en Ouganda avait aggravé ses symptômes de SSPT. Il a déclaré :

139

> ... Après avoir arrêté la prise de ma méfloquine [médicament contre la malaria], j'ai commencé à avoir des nausées ... de grosses douleurs thoraciques, de fortes transpirations pendant la nuit et ... des maux de tête et ... j'ai commencé à avoir des symptômes plus graves. Alors je suis revenu et ils ont vraiment commencé à se manifester environ deux semaines après que j'aie arrêté mon cycle de prise de méfloquine et aujourd'hui, je pense toujours que c'est la méfloquine qui a déclenché les plus gros effets secondaires physiques du SSPT.

Diagnostic du SSPT

140 Au cours de l'été de 1997, le cpl McEachern a été affecté à un poste de commandant adjoint (CmdtA) de section, à Wainwright, pour un cours élémentaire d'infanterie de la Force régulière à l'École de combat de la PPCLI. La gravité croissante de ses symptômes a incité le cpl McEachern à rechercher une aide médicale. Pendant ce même été, le médecin militaire (MM) de Wainwright, le capt J.W. Ramsahoye, a examiné le cpl McEachern et l'a référé à un spécialiste pour éliminer toute cause non psychiatrique. Après un suivi, le MM a référé le cpl McEachern à un psychiatre militaire, le capitaine de corvette (capc) G. Passey, pour évaluation.

141 Le cpl McEachern a décrit les symptômes qui l'ont finalement amené à rechercher une aide médicale :

142

> Je pouvais être en patrouille, dehors avec ... ces gars faisant un debriefing ou juste, vous savez, enseignant à ma section comment patrouiller et soudain mon rythme cardiaque montait en flèche jusqu'à un niveau vraiment élevé ... Je faisais beaucoup d'efforts physiques mais je suis resté en assez bonne forme, je connais mes zones principales et tous ces trucs et mon rythme cardiaque grimpait au maximum. Mes douleurs thoraciques devenaient vraiment fortes, je devenais vraiment confus, comme si j'allais tomber dans les pommes et je pensais juste « OK, y a quelque chose qui va pas, je me sens comme si je vais avoir une crise cardiaque ». Des choses simples comme une marche de 13 kilomètres, sac au dos, ce qui était facile pour moi, ont commencé ... à être difficiles, alors je me suis finalement décidé à parler aux infirmiers. Ils m'ont fait passer tous ces examens cardiaques pour s'assurer que mon cœur était correct; ils n'ont rien trouvé et ils m'ont alors demandé si j'étais allé outre-mer et je leur ai dit ... ils m'ont référé au D[r] Passey, qui a immédiatement diagnostiqué le SSPT.

143 Le cpl McEachern a indiqué qu'il n'avait jamais entendu parler de SSPT avant que le capc Passey ne le diagnostique chez lui, à l'automne de 1997.

144 Le capc Passey a alors placé le cpl McEachern dans une catégorie médicale temporaire et l'a autorisé à poursuivre ses activités normales.

B. Événements postérieurs au diagnostic de SSPT

145 Le cpl McEachern n'a dit à personne qu'on avait diagnostiqué le SSPT chez lui; il souhaitait, comme il dit « éviter l'humiliation d'avoir le SSPT ».

146 Quand on lui a demandé pourquoi il était humiliant de faire savoir qu'il souffrait du SSPT, le cpl McEachern a répondu :

147

> Parce qu'ils vous forment pour être un type dur. Dès que vous avez le SSPT, c'est considéré comme un signe de faiblesse. Même si je réussissais toujours bien dans

> ces situations difficiles, là n'était pas le problème. Je pouvais faire mon travail et bien le faire mais les effets du SSPT me compliquaient la vie quand je ne travaillais pas. Le SSPT est dépeint dans l'armée comme – un bon exemple, nous faisons des exercices avec l'équipement MILES, le truc de simulateur laser. Avant de commencer l'exercice, ils vous donnent une enveloppe avec une carte à l'intérieur qui décrit votre blessure et votre comportement pour l'infirmier qui va venir s'occuper de vous. Le SSPT est une plaisanterie pour beaucoup de gens. Le type qui a reçu la carte du SSPT et qui a été touché a jeté son fusil, a enlevé sa chemise et a commencé à danser, la-la-la-la-la, comme s'il faisait le clown. Je ne me rappelle pas avoir jamais fait cela. Je me rappelle seulement pleurant et pensant « je suis en train de perdre le contrôle » et de garder ça pour moi.

Cours de pionnier d'assaut – Wainwright

148 L'activité suivante du cpl McEachern au début de l'été de 1998 a été sa participation au cours de pionnier d'assaut pour les recrues à Wainwright, en Alberta. Pendant ce cours, il a éprouvé ce qu'il a décrit comme « des symptômes vraiment forts » de SSPT. Selon son commandant d'alors, le lcol Steve Bryan, ce cours avait pour but d'accélérer la promotion du cpl McEachern au grade de caporal-chef : « Mon opinion sur lui était alors très haute … Je m'attendais à une solide performance de sa part et j'espérais vraiment qu'il serait une vedette. »

149 Le cpl McEachern a été retiré du cours de pionnier d'assaut de Wainwright après un incident au cours duquel il a quitté un champ d'entraînement à la destruction. Selon le capt Boyuk, qui était présent lors de l'incident, le cpl McEachern s'est mis en colère et a quitté le champ de tir après qu'un caporal-chef, agissant sur les instructions du capt Boyuk, lui eut dit qu'il « ne faisait pas sa part ». Le capt Boyuk a caractérisé la réaction du cpl McEachern de « crise de colère ». Le cpl McEachern a été confié à un adjudant (adj), qui l'a ramené au camp de Wainwright. Le cpl McEachern a été renvoyé à Edmonton où il a été interrogé, puis mis en congé de maladie.

En congé

150 Le cpl McEachern a déclaré que, pendant la période qui a précédé sa mise en congé de maladie, il a éprouvé une grande frustration car ses supérieurs exigeaient de lui qu'il fonctionne à « 150 pour cent » alors qu'il fonctionnait à « 100 pour cent ». Il a décrit comme suit les événements qui ont mené à sa mise en congé pour cause de stress :

151

> Alors, pendant l'année suivante, j'ai continué à travailler et je me suis retrouvé avec trois tâches, comme dans trois emplois différents. J'étais sous-officier des transmissions (s/off) sur le terrain, j'étais sous-officier des transmissions ... ou s/off CmdtA à la garnison ... J'étais un instructeur de relève dans un cours de leadership et je commençais juste mon cours de pionnier, mon cours sur les explosifs dans le bataillon et j'allais de plus en plus mal à cause du stress et, vous savez, ma dépression était vraiment profonde. Il restait encore quatre ou cinq jours dans le cours de pionnier ... et de nouveau ils me faisaient travailler à 150 pour cent; j'ai toujours été un gars qui fonctionnait à 150 pour cent. Maintenant je ne fonctionnais plus à 150 pour cent et 100 pour cent n'était pas assez bon, même si j'étais encore parmi les meilleurs du premier tiers du cours et en voie d'être le meilleur, ça ne leur plaisait pas beaucoup que je doive aller certains matins [à la salle d'examen] pour prendre mes médicaments ... Ils ont commencé à me casser les pieds au sujet de mon éthique de travail, j'ai commencé à pleurer, je me suis retourné et j'ai quitté le cours.

152 Le cpl McEachern a déclaré que son unité (1 PPCLI) n'a découvert qu'il souffrait du SSPT qu'en juin 1998, même « s'ils soupçonnaient que je voyais un psychiatre ». Il croyait également que la chaîne de commandement aurait dû être informée qu'il suivait un traitement pour le SSPT et que le soin d'informer ses supérieurs de son état de santé n'aurait pas dû lui incomber. Comme il l'a dit, « c'est pas ma responsabilité d'aller voir mon major pour lui dire que je souffre du SSPT ». Il a aussi déclaré que « votre commandant de section devrait savoir et votre adjudant devrait savoir mais aussi, si tout le monde sait, vous êtes immédiatement mis à l'index et traité différemment ».

153 Le cpl McEachern a déclaré qu'il était déçu et blessé de ne pas avoir eu de nouvelles de son unité après avoir été mis en congé

pour cause de stress et il a indiqué que le soutien moral aurait aidé à son rétablissement. Comme il l'a dit :

154

> J'ai été mis en congé pour cause de stress et j'ai plus ou moins continué comme cela jusqu'en janvier 1999. J'ai essayé de retourner travailler pendant un mois, mais je ne pouvais pas; je n'étais plus capable. À ce point-là, j'étais pratiquement à un pas de partir. Je n'ai même pas eu de remerciements pour avoir dévoilé mon état, rien. Ça a simplement été une expérience très humiliante. À ce jour, je n'ai toujours pas eu de nouvelles de mon unité. Je vais bientôt en avoir parce que le général n'est pas content ... Tout est relié au SSPT parce que quand vous souffrez du SSPT ... ils disent qu'une des choses les plus importantes pour se rétablir est que le type reste près de son unité et sente qu'il en fait toujours partie; et ce n'est pas ce qui se passe au niveau de l'unité. Ils vous jettent dehors en moins de temps qu'il en faut pour prononcer SSPT, sans un 'merci.' Il y a trois ans que j'ai quitté mon unité, je n'ai même pas reçu mon certificat de 'remerciements pour bons services dans le régiment'. Je sais que c'est seulement un bout de papier avec mon nom dactylographié dessus mais ... c'est une expérience humiliante d'avoir à admettre que vous avez des problèmes et ils en rajoutent en vous rejetant de l'unité, comme si vous représentiez une perte de rations. Cela m'a vraiment tracassé parce que j'estimais avoir un assez bon dossier et tout ce que je voulais était un « merci, avec nos vœux de rétablissement ». Ils auraient peut-être pu appeler l'unité dans laquelle j'avais été muté ou abandonné, juste un peu de soutien moral – « Comment ça va, accrochez-vous, ça va aller mieux, voici votre certificat régimentaire, merci d'avoir eu le courage de vous faire connaître, voici votre médaille, vous avez obtenu une médaille que nous vous remettrons etc., etc. » ... L'attitude de l'armée, en ce moment ... est de dire que notre unité s'est occupée de nous. Mais mon unité n'était pas une unité de soutien de secteur USS. Je ne suis pas un employé administratif, je suis un soldat d'infanterie et pour moi le soutien aurait dû venir de mon unité, le 1 PPCLI ... ça ne s'est pas produit et ça ne se produit pour aucun de ceux qui se retrouvent dans la même situation que moi, en ce moment.

155 Toutefois, le cpl McEachern désire préciser que depuis l'incident du 15 mars 2001, le régiment était présent à sa libération et qu'on lui

a remis son certificat régimentaire. Selon ses propres mots, « à la toute fin, ils étaient là ».

156 Selon le cpl McEachern, il est important qu'un membre qui se remet du SSPT ne se sente pas qu'il est « une perte de rations » et sente « qu'il fait toujours partie de son unité ». En même temps, il a estimé qu'il ne pourrait pas retourner dans son unité parce qu'ils « continuaient à me donner de plus en plus de tâches ... jusqu'au moment où je suis tombé malade; je devais alors exécuter trois ou quatre tâches en même temps ».

Le capc Passey recommande un reclassement

157 À l'automne de 1998, le capc Passey a déclaré le cpl McEachern inapte à l'emploi dans tous les groupes professionnels militaires (GPM) d'armes de combat.

158 Dans une lettre écrite à l'officier de sélection du personnel de la base (OSPB), garnison d'Edmonton, le 30 septembre 1998, le capc Passey a déclaré que le SSPT dont souffrait le cpl McEachern était un résultat direct du service militaire et il a vivement recommandé que ce dernier soit reclassé, dans le cadre d'une stratégie de « traitement médical efficace ». Le capc Passey a écrit, entre autres :

159 > J'ai déjà écrit au commandant du 1 PPCLI concernant le cpl McEachern. Il souffre d'une condition médicale résultant directement de son déploiement dans une zone d'opérations spéciale de maintien de la paix de l'ONU. Son état, ajouté au manque de reconnaissance appropriée pour le travail accompli jusqu'alors dans son unité a sensiblement affecté son efficacité en tant que fantassin. Je ne crois pas qu'il pourra continuer comme fantassin et je recommande vivement qu'il soit reclassé aussitôt que possible dans un autre GPM. J'estime qu'un reclassement est la seule manière de le garder à l'emploi des Forces canadiennes.

160 > Je crois que le cpl McEachern est un parfait exemple de ce que le général Dallaire a dit au sujet du traitement médical efficace que reçoivent nos soldats et d'un soutien approprié des Forces canadiennes. Nous avons la possibilité d'appliquer ce type de stratégie avec cet individu, alors je vous demande de considérer soigneusement cette demande de reclassement (RECL). J'espère recevoir une réponse de vous très prochainement.

161 Dans une lettre du 15 octobre 1998, le capc Passey a écrit au commandant du 1 PPCLI pour lui demander de réunir un conseil de révision des carrières (CRC) pour examiner un RECL pour le cpl McEachern. Le capc Passey a écrit, entre autres :

162

> Le cpl McEachern souffre toujours du SSPT, de dépression et de trouble panique. À mon avis, son statut actuel de fantassin aggrave son état et rend tout traitement approprié très difficile, voire impossible. Je pense donc qu'il est inapte à l'emploi dans un GPM d'armes de combat. Compte tenu de l'éthique qu'il a démontrée dans son travail dans le passé, de son attachement à sa mission et de son expérience comme instructeur, j'estime que sa libération des Forces canadiennes serait une grande perte. En fait, j'estime qu'il est apte à un emploi dans n'importe quel groupe à l'exception des armes de combat. Je demande donc la réunion d'un conseil de révision des carrières en vue de le reclasser dans un GPM différent. Cela sauverait sa carrière et serait finalement économique pour l'armée, qui n'aurait pas à former un autre individu à son niveau.

163 Lors d'une entrevue faite dans le cadre de cette enquête, le capc Passey a été questionné sur ses efforts pour obtenir un RECL pour le cpl McEachern. Il a répondu :

164

> Le cpl McEachern est un parfait exemple de quelqu'un qui n'aurait jamais dû être là où il est ... Si Chris [le cpl McEachern] avait pu obtenir ça [un reclassement], vous n'auriez plus entendu parler de lui; cela lui aurait permis de retrouver son amour-propre et le respect de lui-même, parce que la seule chose qu'il a toujours voulu, c'est d'être soldat ...

C. Réaction de l'unité

165 Le lcol Bryan, le cmdt du cpl McEachern à cette date, écrit au QGDN le 11 janvier 1999 demandant que le cpl McEachern soit transféré aux EIPRS, maintenant connu sous le nom de LEPND. Dans sa lettre, il fait référence à la recommandation de RECL faite par le capc Passey, qu'il « juge prématurée ».

166

> Le capc Passey a indiqué que l'emploi actuel de ce membre dans l'infanterie aggrave son état et rend tout traitement approprié très difficile, voire impossible. Le

> Dr Passey a recommandé le reclassement dans un GPM non combattant « comme une manière de protéger la carrière de ce membre et de faciliter son traitement ». Étant donné que son statut médical courant le caractérise à tout le moins comme temporairement inapte, selon les critères d'universalité des services ... n'importe quel reclassement serait prématuré. En plaçant le membre en question dans les EIPRS, nous devrions ainsi établir les conditions pour le succès de son traitement en le plaçant dans un environnement dans lequel il peut poursuivre les traitements dont il a besoin et qu'il mérite. Le chirurgien de brigade approuve entièrement cette approche.

Transfert aux EIPRS

167 En janvier 1999, le cpl McEachern a donc été transféré aux Effectifs indisponibles pour raison de santé (EIPRS), à la demande du lcol Bryan.

168 Le profil médical du cpl McEachern est devenue G5T6 et les restrictions suivantes ont été notées sur un formulaire « Avis de changement de profil médical ou de restrictions à l'emploi » du 19 janvier 1999 :

> **169** Inapte mer, terre, ONU, ou isolement. Doit voir un médecin Q< [aux] 3 semaines.
> **170** Membre ne doit pas vivre un événement stressant en relation avec le travail.
> **171** Ne doit pas manipuler d'armes à feu de tir réel.

172 Compte tenu du nouveau profil médical du cpl McEachern, le lcol Bryan a recommandé que ce dernier « soit affecté à un GPM avec des restrictions ».

173 Le cpl McEachern a déclaré qu'après son transfert aux EIPRS, ses visites hebdomadaires chez le médecin pour du counselling et un contrôle de ses médicaments, ont été ramenées à une visite tous les trois mois ce qui, pense-t-il, a eu un effet néfaste et a nui à sa guérison. Cette situation était due à la retraite du capc Passey. Il a réduit la fréquence de son traitement à :

> **174** un système totalement inadapté à la situation ... ils ont un psychologue pour 200 personnes sur la base, ça ne laisse pas beaucoup de place pour chacun ... ils font de leur mieux. Quoiqu'ils doivent probablement s'épuiser avec une telle charge de travail ... à mon avis ... trois mois entre deux contrôles, c'est beaucoup trop

long. Il peut se produire beaucoup de choses en trois mois.

Instructeur au Centre d'instruction d'été des cadets de l'Armée

175 Malgré des restrictions dans la manipulation d'armes à feu de tir réel, le cpl McEachern a été employé comme instructeur au Centre d'instruction d'été des cadets de l'Armée de Vernon (CIECAV), situé à Vernon en Colombie-Britannique, du 30 juin au 24 août 1999. Il a indiqué qu'il s'était porté volontaire pour enseigner au camp des cadets de l'Armée, pour évaluer s'il était prêt ou non à retourner au travail.

176 Dans un rapport d'aptitude du 17 août 1999, le lcol F.R. Daigneault a fait un rapport favorable sur le rendement du cpl McEachern :

177 1. le cpl McEachern a été employé comme instructeur du cours sur le C7 et comme entraîneur au champ de tir du Centre d'instruction d'été des cadets de l'Armée de Vernon, du 30 juin au 24 août 1999. Ses fonctions comprenaient la formation des cadets au maniement du C7, la coordination de cette formation avec les compagnies de cadets et la sécurité sur le champ de tir lors des exercices de tir au C7. Sa performance, pendant cette période, a été *supérieure* (emphase ajoutée).

178 2. Le cpl McEachern a montré des capacités d'instruction supérieures et s'est toujours assuré que les cadets avaient une excellente compréhension du maniement du C7. Il était respecté par ses pairs et ses supérieurs, et il a donné un excellent exemple à suivre, pour tous. Le cpl McEachern est un MR [un militaire du rang] subalterne plaisant, sûr de lui et possédant d'excellentes capacités verbales. Il accepte volontiers de nouvelles responsabilités et il est de toute évidence motivé à s'améliorer en tant que soldat et en tant que leader. Il a bien travaillé avec les cadets sur le champ de tir et était très patient avec ceux qui étaient nerveux ou qui avaient des difficultés. C'est un soldat hautement professionnel et sa forme physique est exceptionnelle.

179 3. Le cpl McEachern a impressionné tout le personnel du CIECAV et est hautement recommandé pour un emploi ici à l'avenir.

Le major White remplace le capc Passey comme psychiatre principal

180 En février 2000, le maj Wendy White a remplacé le capc Passey, qui a pris sa retraite de l'armée comme psychiatre principal du cpl McEachern.

Changement de profil médical et recommandation pour la libération

181 Le maj White a recommandé que le cpl McEachern soit placé dans un profil médical permanent, le 18 août 2000.

182 Le 5 septembre 2000, le profil médical du cpl McEachern a été changé à G505 et les restrictions suivantes ont été enregistrées sur un formulaire « Avis de changement de profil médical ou de restriction à l'emploi »

183 *Inapte mer, terre, ONU, affectations isolées* [cependant cela a été biffé et initialé par le MM, le lcdr P. Wahl]
184 Doit être suivi par un spécialiste.
185 Inapte à un environnement de travail militaire.

186 Par la suite, le cmdt du cpl McEachern, le lcol Curry, a recommandé sa libération.

D. Événements suivant la recommandation de libération

Examen administratif des restrictions médicales à l'emploi

187 Le 16 novembre 2000, après avoir effectué une Révision administrative – États médicaux nécessitant des restrictions à l'emploi (RA/EMNRE), le ltv L. Bertrand de la Direction – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires) (DAGRCM), a recommandé que le cpl McEachern soit libéré du fait qu'il ne satisfaisait plus au principe d'universalité du service et qu'il n'y avait « aucune possibilité d'adaptation ». La décision de la DAGRCM citait les restrictions à l'emploi suivantes :

188 (1) doit être suivi régulièrement par un spécialiste,
189 (2) est incapable de supporter le stress occasionné par le travail dans un environnement militaire,
190 (3) doit porter des lentilles correctrices.

191 Le 4 décembre 2000, le cpl McEachern a été informé par le capt Colleen Tizzard (l'officier responsable de la LEPND à Edmonton) de l'intention de le libérer des FC. Conformément à *l'Ordonnance administrative des Forces canadiennes* (OAFC) 34-26, le cpl McEachern a reçu les documents à communiquer de la RA/EMNRE comprenant toutes les pièces à partir desquelles le signataire autorisé prendrait sa décision finale sur sa libération, sous réserve des exemptions exigées par la *Loi sur la protection des renseignements personnels.* Il a également eu la possibilité de présenter un plaidoyer par écrit et de soumettre des documents. Dans une lettre du 3 janvier 2001, le cpl McEachern a décliné l'offre de présenter un plaidoyer.

192 Le 11 janvier 2001, la décision a été prise par la DAGRCM de libérer le cpl McEachern pour motif 3B – métier inapproprié et ne peut être employé de façon avantageuse – cette libération prenait effet le 3 juillet 2001 du fait qu'il ne satisfaisait plus au principe de l'universalité du service. La décision du DAGRCM (RA/EMNRE – DAGRCM décision-R84 365 896 CJK McEachern-031 INF) indique :

193 > Le paragraphe 33 (1) de la *Loi sur la défense nationale* (LDN) prévoit que tous les membres des FC sont en tout temps susceptibles d'exécuter des tâches licites. Ceci signifie que chaque membre des FC doit être en mesure d'accomplir un certain nombre de tâches militaires spécialisées régulières, communément désignées sous le nom d'exigence d'universalité du service, ainsi que des tâches professionnellement spécialisées. L'exécution des tâches militaires spécialisées régulières sont les exigences professionnelles justifiées (EPJ) pour tous les membres des FC, et leur aptitude médicale à servir dans les FC est déterminée à partir de leur capacité ou non d'accomplir ces tâches. Les tâches militaires spécialisées régulières exigent que tous les membres puissent tolérer le stress généré par tous les types d'environnement, y compris militaire. Les restrictions à l'emploi du cpl McEachern ne satisfont pas à toutes les EPJ associées au paragraphe 33 (1) de LDN. Pour cela, ni le maintien ni le RECL ne peuvent être envisagés, la libération est la seule alternative.

Remise de la médaille pour service humanitaire

194 Au début de mars 2001, le cpl McEachern a exprimé son inquiétude au capt Tizzard, au cours d'une entrevue personnelle et de plusieurs messages verbaux, à propos de la date de remise de sa médaille pour service humanitaire en Afrique en 1996. Il avait aperçu sa médaille dans la salle des rapports. Il a dit au capt Tizzard qu'il ne voulait pas une cérémonie officielle et, après plusieurs appels, elle a acquiescé à sa demande. Il a dit que « si mon unité ne me la remettait pas, je ne voulais pas de remise officielle ».

195 Le 14 mars, le capt Tizzard a rencontré par hasard le cpl McEachern qui passait au Quartier général de la garnison d'Edmonton pour des raisons administratives; elle l'a appelé dans son bureau et lui a remis sa médaille.

Congés annuels

196 La question de droit aux congés annuels peut avoir contribué directement à l'incident du 15 mars pour lequel le cpl McEachern fait face à des accusations criminelles. Après lui avoir remis sa médaille, le capt Tizzard a dit au cpl McEachern qu'il devait liquider ses congés annuels de 2000–2001 avant de prendre des congés de maladie. Le cpl McEachern voulait que ces congés annuels soient ajoutés à ceux qu'il avait déjà accumulés et se les faire payer au complet. Le capt Tizzard lui a alors expliqué la politique selon laquelle les soldats mis sur la LEPND ne peuvent pas accumuler de congés avant d'avoir dépassé leur maximum de carrière. Le cpl McEachern avait juste atteint son maximum de carrière, mais ne l'avait pas encore dépassé. Il a signé sa feuille de congé avant de quitter le bureau du capt Tizzard.

197 La politique sur les congés, qui s'applique à la LEPND, permet une certaine interprétation, comme le démontre l'étude administrative commandée par le commandant du SOFT, le bgén Ed Fitch, à la suite de l'incident impliquant le cpl McEachern le 15 mars 2001. Plusieurs directives contradictoires avaient été émises. En 1998, le QGDN avait ordonné et financé le paiement obligatoire en argent des congés des membres des EIPRS qui avaient atteint leur limite d'accumulation de carrière de 20 ou 25 jours, en fonction de leurs années de service. En janvier 2000, quand les EIPRS sont devenus la LEPND, la politique a été maintenue avec une disposition supplémentaire selon laquelle les membres sur la LEPND, contrairement aux autres membres des FC, n'étaient pas obligés d'utiliser leurs congés annuels. Les membres sur la LEPND

prévoyaient donc pouvoir accumuler et encaisser leurs congés annuels lors de leur départ à la retraite. Une autre directive, émise en août 2000, décrétait que les membres sur la LEPND étaient soumis à toutes les dispositions de l'OAFC 16-1, impliquant qu'ils étaient aussi soumis à la politique générale. Il va sans dire que l'obligation pour le personnel sur la LEPND d'utiliser les congés annuels est passé inaperçue et le capt Tizzard a continué à dire aux membres qu'ils pouvaient accumuler leurs congés annuels et qu'ils pourraient les encaisser. Pourtant, à la mi-mars 2001 (à seulement quelques semaines de la fin de l'année comptant pour les congés annuels et très près de la date de libération du cpl McEachern), la politique a été précisée et le capt Tizzard a commencé à informer les membres sur la LEPND que l'accumulation de congés annuels ne serait autorisée que dans des circonstances exceptionnelles et qu'ils devaient utiliser leurs congés avant le 1er avril 2001. Ce changement inquiétait grandement le cpl McEachern car il avait déjà prévu à son budget l'argent de ses congés annuels qu'on lui avait dit qu'il pouvait s'attendre à recevoir.

E. Événements du 15 mars 2001

198 Le 15 mars 2001, aux petites heures du matin, heure locale, le cpl McEachern est censé avoir pénétré dans l'édifice du Quartier général de la garnison d'Edmonton, par l'entrée principale, au volant d'un véhicule loisir travail civil. Le Rapport d'incident d'importance indiquait que la section de la salle principale des rapports, dont la salle elle-même et les stations de travail du Programme pilote de relocalisation intégrée (PPRI), avaient subi le plus gros des dommages.

199 Personne n'a été blessé au cours de l'incident. Peu après, la Police militaire (PM) a arrêté le cpl McEachern dans l'édifice du Quartier général et l'a amené dans les locaux de la PM. Selon le Rapport d'incident d'importance, un test d'ivressomètre indiquait que le taux d'alcool dans le sang du cpl McEachern était au-dessus de la limite légale.

200 La PM a alors emmené le cpl McEachern à la clinique de la garnison pour un examen médical, puis il a été transféré à l'unité psychiatrique du Royal Alexandra Hospital pour d'autres examens.

201 Le Rapport d'incident d'importance indiquait que l'édifice du Quartier général avait été déclaré sûr avant midi le même jour; les services administratifs avaient repris leur cours normal le

lendemain – 16 mars 2001. Le Rapport indiquait également que les membres travaillant dans cet édifice auraient la possibilité de bénéficier d'une séance de verbalisation suivant un incident critique (SVSIC), le 16 mars 2001.

F. Événements postérieurs au 15 mars 2001

202 Le cpl McEachern a été mis en accusation en vertu de l'article 253 du *Code criminel*. Il a retenu les services d'un avocat pour le représenter dans cette affaire.

203 Le cpl McEachern a reçu son congé de l'hôpital le 28 mars 2001. Il habite actuellement à Edmonton.

204 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interviewé le cpl McEachern, à Edmonton, le 9 avril 2001.

205 Le cpl McEachern a indiqué que, depuis l'incident du 15 mars 2001, le bgén Ed Fitch a été en contact avec lui et lui a remis deux médailles, sa Décoration des Forces canadiennes et la médaille de maintien de la paix des FC. Il a cependant indiqué qu'il était malheureux parce qu'il n'avait reçu aucune reconnaissance de son service militaire jusqu'à cet incident qui lui a valu des accusations criminelles. Il pense que, sans cet incident et la couverture médiatique qui a suivi, il n'aurait reçu ces médailles que beaucoup de temps après.

206 Le cpl McEachern décrit son état actuel comme suit :

207

> Récemment j'ai eu de nouvelles attaques de panique. J'ai ce genre d'attaque quand je conduis. Tout ce qui peut ressembler à de gros bangs m'effraie et déclenche une crise. Ma dépression a été vraiment profonde pendant toute l'année dernière. Plusieurs incidents qui n'ont aucun rapport avec ce dernier incident provoquent le même effet de voile noir. Je monte dans mon camion et je conduis dans les alentours, je pleure et je me sens piégé. Je me sens humilié et je veux juste sortir d'ici, mais je ne peux pas. Je conduis ainsi jusqu'à la sortie de la ville et voudrais quitter la ville, mais alors je me dis « non, OK, » et je reviens vers la maison; mais je ne suis pas encore prêt à rentrer, parce que je pleure toujours. Alors je conduis de nouveau jusqu'à la sortie de la ville et de nouveau je ressens la même chose et je veux quitter la ville. C'est comme si je me sentais complètement engourdi. Je ne

> sais pas comment le décrire. Je suppose qu'il faut passer par là pour comprendre.

208 Le cpl McEachern a résumé comme suit ses sentiments sur la façon dont les FC l'ont traité :

209

> Tout ce que je demande, tout ce que je voulais, c'était que ma carrière soit reconnue; je voulais une tape amicale dans le dos et je voulais sortir par la grande porte comme quelqu'un qui a fait quelque chose pour son pays. Pas comme si je représentais une perte de rations, un soldat sans valeur, alors que j'ai travaillé tellement dur pour essayer de me faire valoir en tant que soldat.

Partie I : Prévalence du SSPT dans les FC

210 Il ne semble exister aucun système centralisé qui donne des statistiques quant au nombre de cas de SSPT dans les FC. Cela constitue un problème car il est très difficile de trouver des solutions efficaces à un problème sans en connaître la gravité. Aussi important peut-être, le manque d'information sérieuse sur la prévalence[2] du SSPT dans les FC peut avoir comme conséquence un scepticisme injustifié quant à l'existence du problème.

211 La partie I du présent rapport traite de la prévalence du SSPT dans les FC, alors que la partie II fait une synthèse du diagnostic et du traitement de la maladie.

Prévalence historique

212 Une question revient souvent tant chez les civils que chez les militaires : « Comment se fait-il que le SSPT soit apparu relativement récemment, au cours d'une période de conflits de faible envergure, alors qu'il était inconnu auparavant lors de guerres de grande envergure? » Certains croient que les combattants des générations précédentes n'ont pas souffert de symptômes semblables à ceux du SSPT et que le SSPT est un phénomène moderne qui reflète une tendance à se prendre pour une victime.

213 D'un autre côté, les écrits sur l'histoire militaire sont pleins de références à des maladies provoquées par le stress, dans pratiquement chaque conflit depuis qu'on le note.

214 Ces études et recherches historiques sur les expériences vécues par les anciens combattants canadiens contredisent la perception selon laquelle les générations précédentes de soldats n'ont pas éprouvé de problèmes de santé mentale provoqués par le stress. En fait, l'historien militaire, Allan D. English, qui enseigne les études sur la guerre au Collège militaire royal, a été chargé de faire des recherches sur cette question par la Commission d'enquête sur la

[2] Le terme prévalence est défini en épidémiologie comme le nombre d'occurrences d'une maladie ou d'un événement pendant une période donnée. Elle est habituellement exprimée par un rapport : nombre d'événements se produisant sur nombre d'individus de la population à risque.

Croatie. Son travail, *Leadership and Operation Stress in the Canadian Forces*, publié sur le site Web de la Commission, inclut une histoire de l'expérience et du traitement du stress dans les FC en commençant avec la Première Guerre mondiale. De plus, Peter Neary et J.L. Granatstein dans leur livre, *The Veterans Charter and Post-World War II Canada*, publié par les McGill-Queen's University Press en 1998, discutent de ce qu'ils appellent « le problème des invalidités émotives persistantes » chez les anciens combattants canadiens. Ils écrivent :

215

> Aussi longtemps qu'il y a eu des guerres, les individus ont souffert des répercussions d'expériences traumatiques. Les histoires de cauchemar, de tremblement involontaire et de réaction dramatique à des bruits soudains sont connues de chaque famille d'anciens combattants. La mémoire et la littérature populaire, à défaut de l'histoire officielle, sont pleines d'exemples du soldat qui, à son retour, s'est retrouvé au bout de son rouleau, du jeune homme prometteur qui n'a jamais plus été le même, de l'alcoolique chronique qui ne pouvait pas tourner la page de la guerre. Le caractère universel de ce phénomène est assez facile à établir. Ce qui demande enquête, ce sont les concepts intellectuels et finalement sociaux développés pour expliquer la persistance du mal et la réalité de la névrose chronique. [3]

216 Les problèmes émotionnels et mentaux éprouvés par les anciens combattants sont bien connus comme « le traumatisme dû aux bombardements ». À la fin de la Première Guerre mondiale, beaucoup d'anciens combattants canadiens ont recherché une aide médicale pour différents symptômes résultant du traumatisme de la guerre. À ce moment-là, la communauté psychiatrique les avait catalogués comme « névrose », « neurasthénie » ou « problèmes neuropsychiatriques ». Les traitements ont varié de l'électrochoc à la psychothérapie. Il n'y a aucune statistique disponible sur le nombre exact d'anciens combattants canadiens qui ont recherché un traitement pour « des problèmes neuropsychiatriques » liés à la guerre. Cependant, on signale qu'en 1927, approximativement 9 000 anciens combattants canadiens recevaient une pension pour « traumatisme dû aux bombardements et névrose » et des milliers

[3] À la page 149.

d'autres auraient demandé et obtenu une pension pour la même raison.[4]

217 Neary et Granatstein citent l'étude suivante comme preuve de la prévalence des troubles mentaux liés à la guerre chez les anciens combattants :

218

> Une étude sur les anciens combattants de la Première Guerre mondiale a examiné les hommes enrôlés dans le 34e Bataillon du comté de Waterloo. Les données ont été obtenues de quarante six volontaires qui ont servi en France. L'auteur, Michael Wert, a été en mesure de relier les renseignements personnels donnés par des survivants à leur dossier au ministère des Anciens Combattants et aux registres des salons funéraires locaux. Trente-six ont survécu à la guerre, mais trente et un ont été blessés ou invalidés par la maladie. Cinq de ces derniers souffraient du « traumatisme dû aux bombardements », deux de « neurasthénie ». Au cours de la période d'après-guerre, seize de ces hommes ont obtenu une pension pendant des périodes variables, et presque tous les autres ont essayé d'en obtenir une pour des maux physiques avec symptômes psychosomatiques. Un des anciens combattants qui a reçu une pension d'invalidité de 15 pour cent pour surdité a cherché à la faire augmenter pour raisons neuropsychiatriques, invoquant des accès de dépression et d'autres symptômes connexes. Sa demande, qui représente un cas type de ce qui maintenant s'appellerait syndrome de stress post-traumatique, a été rejetée, de même que d'autres, dont les cas comportaient des problèmes semblables.[5]

---

[4] À la page 150.

[5] À la page 151. L'étude en question a été initialement rapportée par Michael Wert, dans "From Enlistment to the Grave : A Case Study of the 34th Battalion's Experience with the Great War" (thèse de BA avec distinction, Université Wilfrid Laurier, 1990).

Prévalence actuelle

Prévalence dans la population en général

219 La 4e édition[6] du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) publiée par l'American Psychiatric Association est le manuel de référence des psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale en Amérique du Nord en matière d'identification et de diagnostic des troubles mentaux. En ce qui concerne la prévalence du SSPT, le DSM-IV dit :

220

> Des études menées au niveau des collectivités démontrent que pour une durée de vie normale, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique est d'environ 8 pour cent dans la population adulte aux États-Unis. L'information n'est pas actuellement disponible sur la prévalence pour l'ensemble de la population dans d'autres pays. Les études faites sur les personnes à risque (c.-à-d., les groupes exposés à des incidents traumatiques spécifiques) donnent des résultats variables, avec les taux les plus élevés (allant d'un tiers à plus de la moitié des personnes exposées) trouvés parmi les survivants de viol, de confrontation militaire et de captivité ainsi que d'internement et de génocide motivés par des raisons ethniques ou politiques.[7]

221 Une prévalence beaucoup plus forte de SSPT est citée dans *Treating Mental Disorders : A Guide to What Works,* publié par les Oxford University Press en 1999.[8] Ce texte rapporte que la prévalence à vie du SSPT aux États-Unis est de 15 pour cent dans la population générale et près du double, soit environ 30 pour cent, chez les anciens combattants.

---

[6] *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition, texte mis à jour. American Psychiatric Association : Washington, DC, 2000. Pages 463 à 468.
[7] *Ibid.* À la page 466.
[8] *Treating Mental Disorders : A Guide to What Works.* Peter E. Nathan, Jack M. Gorman, et Neil J. Salkind. Oxford University Press : New York, 1999. À la page 152.

Prévalence dans les FC

222 Il existe des perceptions contradictoires concernant la prévalence du SSPT dans les FC. Certains hauts gradés, y compris dans le personnel médical, croient que l'occurrence du SSPT dans les FC est minime et donc facilement gérable. D'autres sont convaincus qu'il peut y avoir des milliers de membres des FC atteints du SSPT diagnostiqués ou non, qui peuvent représenter une menace pour eux-mêmes ou pour les autres. D'une façon générale, le personnel médical des FC reconnaît qu'il n'y a tout simplement aucun moyen d'être sûr de la prévalence du SSPT dans les FC actuellement, en partie à cause du manque de statistiques validées.

223 Pour le moment, la preuve concernant la prévalence du SSPT dans les FC est en grande partie anecdotique. Quelques fournisseurs de soins de santé des FC croient que la prévalence du SSPT dans les FC est de près de 20 pour cent chez ceux qui participent à des opérations de maintien de la paix ou sont exposés à des événements traumatiques, alors que d'autres l'ont estimé à 13 pour cent. Quand les enquêteurs de l'Ombudsman ont essayé de vérifier la prévalence du SSPT dans les armées étrangères, ils se sont heurtés à la même absence de statistiques; cependant, de façon anecdotique, un psychologue des Forces de défense australiennes (FDA) a estimé cette prévalence à environ 5 pour cent chez eux.

224 Le col Randy Boddam, Directeur des Services de santé mentale des FC, interrogé sur la prévalence du SSPT dans les FC, a déclaré :

225

> Nous ne connaissons pas les chiffres. Nous ne connaissons pas les chiffres pour l'ensemble du Canada et donc certainement pas non plus dans l'armée. En partie parce que pour se faire une idée du nombre de personnes souffrant de, disons, le SSPT ... il faut que les gens qui en sont atteints se fassent connaître. Si vous êtes de ceux qui souffrent en silence, vous ne vous ferez pas connaître.

226 Le capc Greg Passey, un psychiatre maintenant retraité de l'armée après 22 ans de service, a effectué un certain travail d'avant-garde sur la prévalence du SSPT dans les FC au début des années 90. Son travail avec le 2e Bataillon du PPCLI de Winnipeg au Manitoba a couvert la période avant le déploiement du Bataillon en Croatie et après leur tour de maintien de la paix. Bien que préliminaire, son étude statistique a prouvé que la prévalence du SSPT est passée de presque 3 pour cent avant le déploiement à 12 pour cent après. Lors d'une entrevue avec les enquêteurs de l'Ombudsman, le capc Passey a indiqué :

227 Nous avions estimé le taux général aux environs de 15 pour cent. Pour toutes sortes de raisons, avant de partir, le taux était près de 3 pour cent. Environ 12 pour cent se sont ajoutés, mais c'était pour un tour seulement; or, il y a eu de nombreux tours. Personne n'a fait d'enquête, en dépit de nos demandes. Personne n'a tenté de mesurer les effets cumulatifs des nombreux tours ... Je m'attendrais ... à ce que nos taux dépassent 15 pour cent ... Je pense que 15 pour cent, c'est faible. Quelle est la limite supérieure? Je ne sais pas.

228 L'enquête initiale que David Crockett et moi-même avons faite était une démarche préliminaire : Quels sont les chiffres approximatifs de ce que nous pouvons voir pour la dépression et le SSPT? Valent-ils la peine qu'on les étudie davantage? Oui, ils la valent. Notre taux de dépression est probablement quatre fois celui de la population en général. Notre taux de SSPT était cinq fois celui de la population en général.

229 Le capc Passey était un psychiatre attitré des FC qui était tenu en haute estime. Même si quelques membres de la communauté médicale militaire ne sont pas d'accord avec son approche du SSPT ou remettent en cause les statistiques qu'il a recueillies, son travail ne devrait pas être écarté, sauf si des statistiques empiriquement validées démontrent le contraire.

230 Malheureusement, l'incertitude qui règne au sein de la communauté médicale militaire à propos de la prévalence du SSPT dans les FC maintient les doutes sur la réalité du SSPT et a finalement pour conséquence que peu de soldats qui en souffrent osent se faire connaître pour se faire soigner.

231 Sur la base du nombre de personnes qui se sont fait connaître et ont accepté de parler aux enquêteurs de l'Ombudsman, il est évident qu'un nombre important de membres des FC souffrent du SSPT et, dans trop de cas, sont libérés sans que la maladie ait été diagnostiquée et traitée.

232 En ce qui concerne le nombre de cas de SSPT à Edmonton, le maj Wendy White, la psychiatre du CSTSO d'Edmonton, a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman :

233 ... nous n'avons pas d'évaluation très claire du nombre de personnes qui souffrent véritablement du SSPT. Cela devrait varier selon les tours que vous faites et combien vous en faites, selon aussi vos expériences

> personnelles, votre expérience de la vie ... pour une mission d'importance, vous pouvez estimer un taux de 10 à 20 pour cent au moins, pour le seul SSPT ... si vous prenez aussi en considération des gens qui ont des symptômes partiels ou souffrent de dépression plutôt que du SSPT ou encore qui souffrent d'anxiété ... alors vous devez probablement être plus près de 20 pour cent, et selon le tour cela peut aller jusqu'à 50 pour cent ... Par conséquent, une évaluation grossière d'environ 3 000 membres [sur les 6 000 de la garnison] ont été affectés d'une manière ou d'une autre; peut-être pas complètement atteints du SSPT, mais affectés d'une manière quelconque. Cela représenterait donc 1 500 personnes; même si la moitié, ou moins de la moitié d'entre eux ... souffre du [SSPT] ... on parle encore de 600 à 700 personnes affectées par un SSPT chronique ... si vous pensez que parmi toutes les personnes qui entrent ici, une majorité d'entre elles diront connaître « deux ou trois autres personnes qui souffrent du même genre de truc, simplement elles ne se sont pas fait connaître », cela fait 600 rien que là et ça se rapprocherait en quelque sorte de l'estimation grossière du début ... nous avons plus de 200 personnes maintenant dont la majorité a reçu un diagnostic d'une forme chronique de SSPT. Et nous n'avons même pas eu tout le monde ici, car il y a aussi la clinique psycho-sociale de la garnison ... Nous ne connaissons donc même pas la moitié de ces gens. Aussi, ajoutez-en encore 100 ... c'est vraiment une estimation grossière.

234 Plusieurs autres membres du personnel soignant, à qui nos enquêteurs ont parlé, ont indiqué que pour chaque patient chez qui on a diagnostiqué le SSPT, il y aurait probablement entre trois et cinq autres personnes qui éprouveraient les symptômes mais resteraient anonymes pour différentes raisons. À ce rythme-là, il y aurait probablement un millier de membres des FC qui ont des symptômes de SSPT, à Edmonton seulement.

235 Dans la même veine, les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu à maintes reprises des membres rencontrés au cours de l'enquête leur dire que ceux chez qui on avait diagnostiqué le SSPT pouvaient n'être que la partie émergée de l'iceberg; typiquement, des membres des FC à qui ils ont parlé avaient le sentiment que le SSPT est tout à fait répandu parmi eux. Selon un caporal chef du SOFT :

236

> Le SSPT est un problème et beaucoup de types en sont atteints. Beaucoup d'entre eux ne l'admettront pas

> parce qu'ils ont peur ... Ils ont le même problème dans leur famille et ils se cachent. Ils deviennent des ermites et perdent leurs amis. Beaucoup de mes copains font cela.

237 Le cpl McEachern a déclaré qu'il avait entendu parler de plusieurs autres membres qui croyaient être atteints d'une maladie causée par le stress, probablement le SSPT, mais qui étaient peu disposés à se faire connaître par crainte des conséquences.

238 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont appris un grand nombre d'anecdotes à l'effet que le SSPT est grandement répandu dans certaines unités et certains groupes de professions militaires. Dans une des unités visitées par les enquêteurs, trois des sept adjoints aux médecins avaient reçu un diagnostic positif de SSPT. Un militaire supérieur du rang (MR), que nous avons interviewé, a estimé qu'entre 120 et 140 membres d'un régiment récemment déployé souffraient de symptômes causés par le stress, probablement le SSPT. Une autre MR supérieure a estimé que 50 pour cent des adjoints aux médecins qu'elle connaissait avaient des symptômes ou étaient carrément atteints du SSPT. Selon sa propre expérience, elle est convaincue qu'il y a beaucoup plus de membres qui ressentent les symptômes mais qu'ils ont peur de demander de l'aide auprès des FC. « Il y a beaucoup de personnes qui se sentent mal mais qui ne veulent pas se manifester. Le système ne les invite pas à le faire. » Un autre MR, qui n'est pas atteint du SSPT, a déclaré que quatre des 60 collègues de son groupe souffraient clairement du SSPT; il ne sait pas s'il y en a qui se sont fait connaître et traiter. Un officier supérieur a dit aux enquêteurs que, parmi les 45 membres de son unité de la Force de réserve récemment revenue de déploiement, il estimait qu'entre 15 et 18 d'entre eux montraient des symptômes de SSPT.

239 Un travailleur social expérimenté des FC a déclaré :

240

> En me basant sur mes propres observations des marins sur les bateaux et à la base, et aussi sur ce que j'entends les marins dire au sujet de leurs camarades, je soupçonne fortement que les chiffres réels sont beaucoup plus importants car il y en aurait beaucoup qui ne demande pas d'aide.

241 Il est clair que, dans quelques unités, on ne se rend tout simplement pas compte du problème. Des officiers supérieurs d'une unité stationnée dans une grande région urbaine ont dit aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'ils étaient au courant de « seulement quelques cas de SSPT » dans l'unité. Cependant, lors

d'une entrevue, un travailleur social local des FC a indiqué que 12 patients dont l'état psychologique était de même nature avaient été renvoyés de l'unité au cours des deux mois précédents. Chez huit d'entre eux, le SSPT avait été diagnostiqué et les quatre autres attendaient le diagnostic. Le MM de l'unité était au courant de neuf cas de SSPT dans son unité mais, en se basant sur l'information provenant de travailleurs sociaux et d'autres personnes, il estimait que 25 à 30 membres de son unité pouvaient souffrir du SSPT. Une représentante locale du ministère des Anciens Combattants nous a informés que d'après elle ces chiffres étaient plus élevés.

242 Ce n'est pas une critique de la chaîne de commandement de cette unité en particulier. Les règles de confidentialité médicale l'empêchent de connaître le nombre exact de personnes chez qui le SSPT a été diagnostiqué (la confidentialité médicale est traitée plus loin dans ce rapport, à la partie VIII). Tandis que les commandants n'ont peut-être pas besoin des détails sur les individus atteints du SSPT, ils devraient avoir des données précises quant au nombre de membres qui en sont atteints. L'ignorance du nombre de cas de SSPT, même dans une unité isolée, illustre clairement le besoin des FC d'avoir des données plus précises dans ce domaine.

243 Sur la base de témoignages anecdotiques recueillis pendant cette enquête, il s'avère que la plupart des membres des FC chez qui le SSPT a été diagnostiqué venaient de la Force terrestre. Un nombre important d'entre eux avait fait plus d'une expédition outre-mer. Les enquêteurs ont aussi entendu dire, toujours de manière anecdotique, que beaucoup de membres qui avaient été déployés au Cambodge et au Rwanda avaient été atteints du SSPT ou en avaient ressenti les symptômes. De plus, ils ont entendu dire que certains régiments et GPM avaient des taux élevés de SSPT en raison, semble-t-il, de surcharges de travail et aussi qu'un grand nombre de membres de la Force de réserve en ont ressenti les symptômes à la suite des premières expéditions en Yougoslavie. Évidemment, de telles anecdotes peuvent être plus ou moins justes. Une base de données centralisée permettrait aux dirigeants des FC de confirmer ou de réfuter de façon décisive ces anecdotes. La collecte de données sur une base continue est nécessaire pour permettre aux dirigeants de prendre des décisions en connaissance de cause sur la meilleure façon de faire face au problème du SSPT.

Prévalence chez les réservistes et autres forces de renfort

244 Selon des anecdotes, la prévalence du SSPT est plus élevée parmi les réservistes et autres forces de renfort, d'abord parce qu'ils ne bénéficient pas des mêmes réseaux de soutien que les membres qui

sont déployés avec leur propre unité. Lorsqu'on lui a demandé si ses conclusions sur la prévalence du SSPT dans les FC pouvaient s'appliquer aussi à la Force de réserve, le capc Passey a indiqué que sa recherche démontre un taux plus élevé de SSPT dans la Force de réserve :

245

> Notre recherche a suggéré qu'il était réellement plus élevé que dans la Force régulière. Personne n'a vraiment examiné cette population. Il n'y a eu absolument aucune disposition prise par les militaires pour une évaluation et des soins continus chez les réservistes. Il n'y en a aucune ... Si vous êtes blessé et que vous êtes réserviste, vous ne faites pas partie des forces; vous faites partie de la population civile.

246 Le Conseiller de la Force de réserve auprès du Directeur général du Service de santé, le col Marsha Quinn, a également souligné la plus grande vulnérabilité des soldats de la Réserve et d'autres groupes de renfort aux blessures reliées au stress. Le col Quinn a eu une grande expérience de travail en matière de SSPT et de séances de verbalisation suivant un incident critique; elle a aussi commandé des unités qui ont fourni des soldats de la Réserve et autre personnel de renfort lors de déploiements. Elle a déclaré que les soldats de la Réserve ou le personnel de renfort envoyés en déploiement avec une unité de la Force régulière sont plus sujets au stress dans la mesure où ils ne font pas partie de la « famille » des soldats étroitement soudés de l'unité :

247

> Je pense que l'incidence devrait être plus élevée au sein du personnel de renfort en uniforme. Je serais très étonnée qu'il en soit autrement. Cela n'a rien à voir – même si ça se peut d'une certaine façon, mais ça ne dépend pas entièrement de votre appartenance ou non à la Force régulière ou à la Réserve. Ça dépend énormément de cet espèce de lien quasi familial qui existe entre les membres d'une même unité et si vous faites ou non partie de la « famille » ... il n'y a aucun doute. Ma vision est influencée par la position que j'occupe sur le moment. Si vous m'aviez demandé, au début des années 90, mon estimation de prévalence au sein du personnel de renfort, je vous aurais dit que près de 75 pour cent d'entre eux avaient un problème à différents niveaux lorsqu'ils sont revenus. Pas tous « je vais me jeter par une fenêtre » ... Jusqu'à « je ne sais pas comment je vais m'y prendre » ... Où en sommes-nous? Si je devais faire une estimation, elle serait autour de 50 pour cent. Il faudrait me convaincre que ce n'est pas aussi élevé ... Je ne dis

> pas que tous seraient affectés à 100 pour cent; c'est variable. Tout cela a beaucoup à voir avec la situation même du personnel de renfort qui essaie désespérément de s'intégrer à la « famille », qui finalement se fait accepter, puis est rejeté comme une patate chaude et doit se retourner vers l'autre famille qu'il avait laissé, que ce soit sa propre famille ou son unité.

248 Cependant, aussi bien informée qu'une opinion militaire ou médicale particulière puisse être, il est évident d'après moi que les FC ont besoin de données sûres au sujet du SSPT, y compris la prévalence parmi les membres de la Force de réserve et du personnel de renfort.

Données statistiques

249 Il n'existe actuellement aucun processus centralisé, au sein des FC, pour recueillir des statistiques à jour sur le nombre de membres actifs et d'anciens membres des FC qui ont souffert du SSPT ou d'autres blessures provoquées par le stress. Plusieurs membres du personnel soignant de première ligne ont souligné que le manque de statistiques sur le SSPT était un empêchement sérieux à une planification pour l'avenir. Ils ont indiqué qu'une large collecte de données statistiques leur fournirait une information solide et suffisante pour appuyer leurs arguments en faveur de la fourniture de soins appropriés ou, comme un clinicien principal du CSTSO l'a formulé, « les statistiques des CSTSO, prises dans leur ensemble et sur une base trimestrielle, seraient valables ». En outre, aucune base de données centralisée n'existe pour suivre les méthodes de traitement ou les résultats.

250 La collecte régulière centralisée et normalisée de données sur le SSPT aurait une multitude d'utilisations. Par exemple, en identifiant les sujets les plus vulnérables au SSPT, l'information pourrait être utilisée pour cibler les initiatives d'enseignement et de formation là où elles sont le plus susceptibles d'être efficaces.

251 Cependant, on a recueilli des statistiques en provenance des CSTSO. En janvier 2001, une étude intitulée « Synthèse statistique des unités d'aide pour les traumatismes et le stress opérationnels » a indiqué que les CSTSO avaient vu un total de 875 patients en 14 mois, depuis novembre 1999 (ce chiffre ne comprenait pas les patients en attente d'examen psychiatrique). La prévalence du SSPT variait de 10 pour cent à Esquimault à 90 pour cent à Edmonton et Halifax. Sur la base des pourcentages rapportés par

chaque CSTSO, 723 des 875 patients vus ont eu un diagnostic de SSPT positif. Cependant, l'étude précisait que ces pourcentages ne sont qu'une « approximation pour tous les centres ».

252 Les constatations de l'étude se résument comme suit :

253

> Ensemble, les cinq CSTSO ont vu approximativement 1 000 patients depuis leur ouverture en 1999 avec des taux de diagnostic de SSPT variant d'une région à l'autre dans le pays. Il est évident que la majorité de ces patients viennent des unités de la Force terrestre qui ont participé à de multiples déploiements autour du globe, les plus affectés ayant servi dès le début lors du lancement des opérations. Également, nous voyons un petit nombre, mais significatif, de membres des FC affectés par des opérations d'aide humanitaire nationales et internationales, dans lesquelles marins et soldats sont exposés à une dévastation qui va très au-delà de la normalité du service quotidien et de la vie familiale au Canada.

254 L'étude a également recommandé une collecte améliorée des données : « La collecte continue de données nous permettra de mieux évaluer le plein impact des interventions cliniques et nous fournira une orientation pour améliorer le nombre de succès dans les traitements. »

255 L'étude a soulevé deux autres points. D'abord, il est nécessaire de normaliser et de définir les mots dans la collecte des données. Par exemple, alors que trois CSTSO semblent faire une différence entre maladie opérationnelle – ou provoquée par le déploiement et la maladie non provoquée par le déploiement, deux autres CSTSO ne font pas cette distinction. En second lieu, aucune donnée n'est disponible sur les méthodes de traitement utilisées par les différents CSTSO, ni sur leur taux de réussite. Comme l'étude le souligne, « aucun CSTSO interrogé n'était en mesure de fournir des données quantitatives sur le succès des traitements ou sur les échecs... Chacun des cliniciens interrogés a mentionné le besoin accru de recherche sur la mesure des résultats ».

256 D'autres sources qui pourraient fournir des statistiques raisonnablement fiables sur le SSPT incluent la LEPND. En février 2001, des 42 membres placés sur la LEPND de la BFC/USS Edmonton, 19 avaient eu un diagnostic de SSPT positif. Cependant, il faut garder à l'esprit que beaucoup plus de membres atteints du SSPT restent probablement dans leurs unités et ne sont pas identifiés ni mis sur la LEPND. Comme le commandant de la

LEPND d'Edmonton l'a précisé, « mon estimation est qu'il y a beaucoup plus de personnes qui sont traitées pour le SSPT sur leur lieu d'affectation normal que sur la LEPND ».

257 Les ACC sont une autre source possible de données sur le SSPT. On y rassemble déjà de l'information sur l'état médical des demandeurs et l'on tient à avoir une image précise de la prévalence du SSPT dans les FC. Il faut cependant se rappeler que les FC sont avant tout responsables du bien-être des soldats qui sont déployés pour défendre les intérêts nationaux du Canada et qu'elles doivent déterminer l'ampleur des problèmes médicaux que de tels déploiements entraînent.

258 À la question posée sur l'état actuel de la collecte de données, le chef d'état-major adjoint, Prestation des services de santé, le capv Margaret Kavanagh a répondu :

259

> Non, je ne pense pas qu'il y en ait [de collecte de données]. Nous ne disposons pas des bons outils, dans le service hospitalier des Forces canadiennes (SHFC) pour la faire facilement ... quand ce système, qui est notre système de gestion de l'information, sera mis en place, cela devrait tout faciliter, mais ce ne sera pas avant quatre ou cinq ans ... Est-ce bien? Non. Faisons-nous beaucoup pour cela? Probablement pas ...

260 Bien que le démarrage du Système d'information de santé des Forces canadiennes (SISFC) soit un pas dans la bonne direction, les dirigeants des FC doivent pouvoir compter sur des statistiques solides dès maintenant et non plus tard. Ils ne peuvent pas attendre que le SISFC soit opérationnel; les FC doivent instaurer d'urgence un système pour recueillir des données sur la prévalence et le traitement du SSPT.

Statistiques sur le suicide

261 Un autre indicateur important de la prévalence du SSPT dans les FC pourrait venir des statistiques sur le suicide. Un certain nombre de soldats interrogés ont fait des observations sur le nombre élevé de leurs compatriotes qui ont choisi de mettre fin à leurs jours. Un soldat pensait que 11 membres des FC qui avaient été déployés au Rwanda s'étaient suicidés. D'autres soldats connaissaient des compatriotes qui avaient tenté de se suicider mais en avaient été empêchés. Plusieurs membres interrogés avaient eux-mêmes tenté ou envisagé de mettre fin à leurs jours. Un soldat a confié à l'enquêteur de l'Ombudsman qu'il avait pensé au suicide pour

éviter de nuire à sa famille; un autre soldat a décrit de façon graphique comment il avait projeté mettre fin à ses jours, mais il en avait été empêché. Malheureusement, les FC ne conservent actuellement pas de données à partir desquelles on pourrait rapidement extraire le taux de suicide parmi les membres atteints du SSPT. Lorsqu'on lui a demandé de fournir cette information, le lcol Henry Matheson, le travailleur social principal des FC, a répondu :

262 Nous suivons le nombre de suicides depuis la fin des années 80, cependant nous ne compilons l'histoire des déploiements de chaque individu que depuis 1998 ... Gardez à l'esprit que l'information que nous avons sur l'histoire des déploiements n'est rien de plus que l'information détenue par le Directeur, Gestion de l'information des ressources humaines (DIRHG). J'ai des informations sur les individus déployés avant 98 mais pas nécessairement les unités dans lesquelles ils ont servi. Pour répondre à votre question, il nous faudrait recouper les noms de ceux qui ont été déployés avec le 2e Bataillon du PPCLI avec la liste de suicides au sein des FC depuis ce déploiement.

263 Nous comptons sur les rapports de la Police militaire et les avis d'accident du Directeur – Soutien aux blessés et administration (DSBA) pour identifier les suicides dans la Force régulière et de réserve. Là encore, cela permet de retracer les suicides dans la Force régulière mais pas nécessairement chez les réservistes car tous ne donnent pas lieu à une enquête de la Police militaire ou à un avis d'accident.

264 Il n'existe actuellement aucun système en place pour suivre le personnel à la retraite. Il convient de souligner que nous avons examiné l'année dernière, avec l'aide des ACC, la liste des anciens membres du service qui reçoivent une pension. Des neuf suicides de pensionnés enregistrés au cours des 10 dernières années, un seul avait été déployé dans une opération de maintien de la paix.

265 Lorsque nous leur avons demandé des informations sur le taux de suicide chez les anciens combattants, les ACC ont indiqué qu'ils ne maintenaient pas ce genre de données. Bien que les ACC enregistrent le nombre des revendications pour des personnes à charge dont on pense qu'elles font suite à un suicide pour raison de service militaire, le nombre n'approche probablement pas la réalité. En fait, à moins que quelqu'un avise les ACC que le décès

d'un pensionné est dû à un suicide, ils n'ont aucun moyen de garder des statistiques sur le suicide à jour.

266 Un membre qui travaille avec le DSBA a décrit la difficulté d'obtenir des statistiques concernant les soldats de la Réserve : « La base de données sur les accidents enregistre les décès des membres en service actif et inclut les membres de la Force de réserve dans la mesure où ils meurent 'en service'. Les réservistes sous contrat des classes C et B sont en service mais ceux de la classe A sont considérés en service *uniquement* pendant une période de paye. »

267 Selon le lcol Matheson, les FC ne font aucun recoupement entre les statistiques sur le suicide et l'histoire des déploiements. Alors que des améliorations importantes ont été apportées dans l'enregistrement des statistiques touchant les membres de la Force régulière, rien n'a été fait pour la Force de réserve. Rien n'a été tenté non plus pour suivre les retraités et recueillir des statistiques sur le suicide (ou autres).

268 Au cours de l'enquête, la situation d'un groupement tactique particulier du début des années 90 a été étudiée de façon approfondie pour tenter d'évaluer le taux de suicide qui pourrait être relié à ce déploiement. En dépit de tous les efforts, il n'a pas été possible de déterminer combien de soldats de la Force régulière ou de soldats de la Réserve avaient tenté ou commis un suicide depuis ce déploiement. Cependant, il est clair que le MDN n'enregistre pas tous les suicides : par exemple, dans un cas précis, un jeune soldat a commis un suicide sur une base des FC peu de temps après son retour d'un déploiement, mais bien que des membres de son unité s'en soient clairement souvenus, l'événement n'était enregistré nulle part.

269 Pour comprendre l'ampleur des blessures psychologiques, les FC doivent commencer à recueillir et à inclure des statistiques pertinentes. Les statistiques sur le suicide et les tentatives de suicide peuvent fournir une assez bonne idée du nombre de membres et anciens membres des FC affectés par le SSPT.

Enquêtes sur la santé

270 La Commission d'enquête (CE) de Croatie a recommandé que les FC mènent « des enquêtes périodiques sur la santé des membres à la retraite et actifs, en mettant l'accent sur ceux qui ont participé à des déploiements ». Selon la dernière mise à jour disponible auprès du CEMD sur l'application des recommandations de la CE de Croatie et le Rapport Thomas, le Sondage sur la santé et les

habitudes de vie 2000 (SSHV 2000) a connu des difficultés de distribution. La deuxième phase du SSHV 2000 a commencé par une demande de proposition (DP) pour la saisie de données et l'analyse émise le 30 mars 2001. Le sondage s'est terminé le 1er mai 2001. La saisie et l'analyse des données étaient terminées le 31 juillet 2001. La distribution finale, avec la publication des résultats, est prévue pour le 15 avril 2002.

Enquête de Statistique Canada

271 Selon le Directeur des Services de santé mentale, le col Randy Boddam, les FC sont à conclure un contrat avec Statistique Canada pour effectuer une étude épidémiologique afin de déterminer ce qui se passe dans le domaine de la santé mentale dans les FC en comparaison avec l'ensemble de la population canadienne. Statistique Canada projetait déjà entreprendre, en janvier 2002, une Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), l'enquête réelle devant débuter en avril 2002 et le rapport final étant attendu en décembre 2002. On prévoit avoir les résultats généralement disponibles à l'automne 2003. Cela pourrait fournir une excellente comparaison avec la prévalence du SSPT dans les FC.

272 Le Conseiller de la Réserve auprès du DGS San, le col Marsha Quinn, s'efforce d'inclure un volet Réserve dans l'étude, en se basant sur son expérience comme commandant de la Réserve qui a envoyé des soldats en déploiement. Elle a déclaré :

273

> Ces expériences des années 90 ont certainement orienté ma dernière croisade pour inclure la Réserve dans l'enquête en cours sur la santé mentale. Ils n'avaient pas de budget pour cela. Nous nous battons, maintenant, pour obtenir le million de dollars additionnel que cela va coûter à Statistique Canada pour inclure la Réserve.

274 Le Directeur général des Opérations du Bureau de l'Ombudsman est un observateur dans le groupe de travail chargé d'établir le cadre de l'Enquête. Il existe plusieurs inquiétudes si l'on compte exclusivement sur l'Enquête pour déterminer la prévalence du SSPT dans les FC :

275 • Le calendrier. L'Enquête n'est censée se terminer qu'en 2003.

276 • Le jumelage des problèmes de santé mentale à une enquête déjà considérable. Statistique Canada a également exprimé des inquiétudes à cet égard.

277 • Il n'est pas prévu d'inclure dans l'Enquête des anciens membres des FC, de la Force régulière ou de réserve.

278 Lors d'une séance du groupe de travail à la BFC de Petawawa, le 23 août 2001, le col Randy Boddam a mis ce dernier au courant de l'ESCC dans son ensemble, de l'ajout du volet sur la santé mentale au sein des FC et des efforts que les FC déploient pour faire leur propre étude afin de déterminer chez les militaires la prévalence du SSPT sur un an et à vie. Le col Boddam a admis d'emblée la non-reconnaissance de l'importance du problème du SSPT au sein des FC. L'ajout du volet sur la santé mentale au sein des FC à l'ESCC inclura seulement les membres de la Force régulière et de réserve actuellement en activité. Selon le col Boddam, les membres à la retraite ne sont pas considérés comme faisant partie du mandat des FC. Des discussions se déroulent actuellement pour impliquer les ACC afin d'inclure les membres à la retraite dans l'étude; le problème n'a pas été résolu.

279 L'Enquête de Statistique Canada représente un mouvement positif, mais pour que ce soit vraiment efficace, il faut inclure ceux qui ont été libérés des FC.

Résumé et recommandations

280 En résumé, pour comprendre la prévalence du SSPT au sein des FC et pour déterminer quels moyens sont nécessaires pour y faire face, des données fiables sont essentielles. Des politiques efficaces pour traiter le SSPT chez les militaires doivent être basées sur la connaissance et non pas sur des perceptions. En outre, l'affectation précise des ressources nécessaires au traitement du SSPT et à l'information des membres sur l'importance du problème dépend d'une compréhension exacte et de données empiriquement validées, plutôt que de perceptions erronées. En fait, le manque de données fiables sur la prévalence du SSPT au sein des FC encourage, chez quelques membres, la perception que ce problème est gonflé et dramatisé. Cet effort doit comprendre au moins une évaluation du nombre de membres qui souffrent des symptômes mais ne se sentent pas à l'aise à l'idée de se faire connaître et de dévoiler qu'ils sont atteints du SSPT.

281 Je recommande donc que :

1. **Les Forces canadiennes développent une base de données qui reflète exactement le nombre de membres des FC, de la Force régulière comme de la Force de réserve, qui souffrent de maux causés par le stress.**

2. **Les Forces canadiennes développent une base de données sur les suicides parmi ses membres actuels et anciens.**

3. **Les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et confidentielle sur la santé mentale qui couvrira à la fois les anciens membres, ainsi que les membres actifs de la Force régulière et de réserve.**

Partie II : Diagnostic et traitement du SSPT

Critères de diagnostic

282 Le SSPT a été inclus dans le DSM-IV depuis 1980. Auparavant, le stress de combat faisait partie d'une catégorie appelée réaction de stress brute ou réaction de stress retardée, décrite comme un état temporaire. Les symptômes comprenaient l'alcoolisme, l'abus de médicaments et la dépression.

283 Le DSM-IV classe le SSPT comme un trouble de l'angoisse, caractérisé par des symptômes spécifiques suivant l'exposition à un agent stressant traumatique extrême, éprouvé directement ou indirectement (par l'observation ou la connaissance dérivée). Selon le DSM-IV, les événements traumatiques communément associés à l'apparition des symptômes de SSPT comprennent, entre autres : combats militaires, agressions personnelles violentes (y compris les agressions sexuelles ou physiques), enlèvements, prises d'otage, attaques terroristes, torture, incarcération comme prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, catastrophes naturelles ou fabriquées par l'homme (comme les tremblements de terre, les incendies, les inondations), accidents d'automobile graves et diagnostics de maladie potentiellement terminale. Plus généralement, le SSPT peut se développer à partir de n'importe quel événement qui implique un mal physique réel ou potentiel, en face duquel des individus éprouvent des sentiments intenses de peur ou d'abandon.

284 Le DSM-IV donne une liste de six critères qui doivent être positifs pour pouvoir faire un diagnostic de SSPT :

285 A. Une personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel se retrouvent les éléments suivants :

286 (1) la personne a vécu, a été témoin ou a fait face à un ou des événements qui impliquaient la mort ou des blessures graves, ou des menaces du genre, ou une menace à sa propre intégrité physique ou à celle des autres,

287 (2) la réaction de cette personne incluait une peur intense, un sentiment d'abandon, ou de l'horreur.

288 Nota : Chez les enfants, ceci peut s'exprimer plutôt sous la forme d'un comportement désorganisé ou agité.

289 B. L'événement traumatique est revécu constamment de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes :

290 (1) souvenirs pénibles, récurrents et intrusifs de l'événement, y compris des images, des pensées ou des perceptions.

291 Nota : Chez les enfants en bas âge, des mises en scène répétitives peuvent se produire dans lesquelles des thèmes ou aspects du trauma sont exprimés.

292 (2) rêves pénibles et récurrents de l'événement.

293 Nota : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

294 (3) se comporter ou se sentir comme si l'événement traumatique se reproduisait (incluant l'impression de revivre l'expérience, les illusions, les hallucinations et les épisodes dissociatifs de retour en arrière, y compris ceux qui se produisent au réveil ou lorsqu'on est intoxiqué).

295 Nota : Chez les enfants en bas âge, il peut se produire une reconstitution spécifique du trauma.

296 (4) détresse psychologique intense en cas d'apparition de signaux internes ou externes qui symbolisent ou semblent reproduire un aspect de l'événement traumatique.

297 C. Évitement persistant des stimuli associés au trauma et engourdissement de la réactivité générale (inexistants avant le trauma), signalé par trois (ou plus) des réactions suivantes :

298 (1) efforts pour éviter des pensées, des conversations ou des sentiments associés au trauma,

299 (2) efforts pour éviter des activités, des endroits ou des personnes qui réveillent des souvenirs du trauma,

300 (3) incapacité de se rappeler un aspect important du trauma,

(4) nette diminution d'intérêt pour ou de participation à des activités importantes,

(5) sentiment de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres,

(6) gamme restreinte d'affects (p. ex. incapacité d'avoir des sentiments affectueux),

(7) sentiment d'un avenir raccourci (p. ex. ne s'attend pas à avoir une carrière, un mariage, des enfants ou une durée de vie normale).

D. Symptômes persistants d'activation accrue (inexistants avant le trauma), signalés par deux (ou plus) des réactions suivantes :

(1) difficulté à s'endormir ou à rester endormi,

(2) irritabilité ou accès de colère,

(3) difficulté à se concentrer,

(4) hypervigilance,

(5) réaction exagérée à la surprise.

E. La durée de la perturbation (symptômes dans les cas B, C et D) dépasse 1 mois.

F. La perturbation cause une détresse ou une déficience cliniquement importante dans le comportement social, professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement.

En plus des critères ci-dessus, le DSM-IV suggère que les signes suivants peuvent aussi être associés au SSPT :

- sentiments douloureux de culpabilité pour avoir survécu quand d'autres n'ont pas survécu ou au sujet de choses que l'individu a ou n'a pas fait au moment du trauma,
- tendances à l'évitement,
- rapports restreints avec les autres,
- conflits matrimoniaux, divorce et/ou perte d'emploi,
- comportement auto-destructeur et impulsif,

- symptômes dissociatifs,
- plaintes somatiques,
- sentiments d'inefficacité, de honte et/ou de désespoir,
- sentiment d'être atteint de manière permanente,
- perte de convictions qui étaient fortes auparavant,
- hostilité,
- retrait social;
- se sentir constamment menacé,
- changement par rapport aux caractéristiques antérieures de la personnalité de l'individu,
- hallucinations auditives et idéation paranoïde dans quelques cas graves et chroniques.

Le DSM-IV fournit d'autres informations en ce qui concerne le SSPT :

- Les symptômes commencent à se manifester, habituellement, dans les trois premiers mois qui suivent le trauma, mais il peut aussi se passer des mois voire des années avant que les symptômes apparaissent.
- Les symptômes peuvent varier dans le temps; dans certains cas, ils augmentent et diminuent.
- Dans la moitié des cas environ, le rétablissement complet se produit dans les trois mois qui suivent l'événement traumatique.
- Si les symptômes durent plus de trois mois après l'événement traumatique, le diagnostic est un SSPT chronique, plutôt qu'un SSPT aigu.
- Des symptômes peuvent réapparaître, en réaction à des rappels du trauma initial, à des agents stressants ou à de nouveaux événements traumatiques.
- La sévérité, la durée et la proximité de l'exposition d'un individu à l'événement traumatique sont les facteurs les plus

déterminants de la probabilité de développer ou non ce trouble.

336 • Quelques indices démontrent que les soutiens sociaux, les antécédents familiaux, les expériences de l'enfance, les variables de la personnalité et les troubles mentaux antérieurs peuvent influer sur le développement du SSPT. Des antécédents de dépression chez des parents au premier degré ont été reliés à une plus grande vulnérabilité au SSPT.

337 • Le SSPT peut aussi se développer chez les individus qui n'ont aucune prédisposition, surtout si le facteur stressant est extrême.

338 • Le SSPT est associé à une augmentation des risques d'apparition de certains autres troubles avant, en même temps ou après l'apparition de ses propres symptômes, en particulier : état de dépression majeure, troubles causés par des substances psychoactives, panique, agoraphobie, névrose obsessionnelle, angoisse généralisée, phobie sociale, phobie particulière et manie-dépression.

339 Il importe de souligner que tout le monde ne répond pas à des événements traumatiques de la même manière. Tous les experts consultés par les enquêteurs de l'Ombudsman ont souligné à quel point des personnes différentes ont une perception et des réactions différentes face à un même événement. Une personne peut souffrir du SSPT à cause d'un événement ou d'une exposition alors que d'autres, dans les mêmes circonstances, n'en souffrent pas; il n'est pas toujours possible de savoir pourquoi. De plus, une personne peut être traumatisée directement parce qu'elle a été blessée ou qu'elle a vu des camarades être tués ou grièvement blessés, ou indirectement parce qu'elle a été témoin d'atrocités ou a vu des cadavres.

340 Le psychiatre d'un établissement de traitement du SSPT a parlé aux enquêteurs de l'Ombudsman d'un ancien combattant de la Seconde Guerre mondiale qui s'était fait tirer dessus et avait subi un bombardement. Cela ne l'avait pas traumatisé. Ce qui avait provoqué un trauma avait été la vue d'un cadavre dans un char qui avait brûlé. Dans le même ordre d'idée, le personnel soignant a fait état de cas de trauma chez des membres engagés dans des opérations de maintien de la paix, qui sont témoins de ce qui arrive aux enfants sur des théâtres d'opérations ou qui n'ont pas l'autorité qui leur permettrait d'apporter une aide tangible.

341 Une bonne illustration de la difficulté que l'on a à identifier les causes du SSPT est ce qui est arrivé à ce soldat que les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré : il avait eu un grave accident avec un véhicule de transport de troupes (VTT), quelques semaines avant son déploiement outre-mer pour des opérations de maintien de la paix. Le MM de l'unité n'a pas jugé l'accident digne d'une SVSIC parce que

342

> ... notre préoccupation principale était de le traiter médicalement ... je ne suis même pas sûr que je l'aurais conseillé parce qu'il s'agissait plus d'une blessure physique que d'une blessure de type psychosomatique ... Si quelqu'un est impliqué dans un accident de voiture, disons-nous que cette personne a besoin d'une SVSIC? Probablement pas.

343 Ultérieurement, le soldat a été rapatrié au Canada pendant le déploiement et, plus tard, a reçu un diagnostic positif de SSPT. Il était resté emprisonné sous le VTT pendant plusieurs heures et sa conviction qu'il ne reverrait jamais ses enfants a été le facteur traumatique. L'incapacité d'identifier le trauma lié au stress a eu pour conséquence son rapatriement forcé avec tous les inconvénients et les coûts que ça implique pour son unité; en outre, son rétablissement a pu en être compliqué.

Traitements du SSPT

Traitements disponibles au Canada

344 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont trouvé une grande variété de traitements médicaux disponibles pour soigner le SSPT dans la population en général, tant au Canada qu'ailleurs. Comme pour le manque de données concluantes sur la prévalence du SSPT dans la population en général, il n'y a aucune donnée concluante indiquant quel traitement du SSPT a les meilleures chances de succès. En outre, la communauté médicale reconnaît qu'il n'existe pas un traitement qui convienne à tous les patients.

345 Les FC prennent actuellement des mesures pour l'adoption d'approches standards, en matière de traitement, dans tous leurs services de santé mentale. Selon le col B.K. O'Rourke, l'actuel CEMA – Prestation des soins de santé :

346 Dans le cadre du projet Rx 2000, nous avons mis sur pied une équipe responsable de la santé mentale et qui a pour mandat de se pencher sur tous les aspects des services de santé mentale au sein des FC. En septembre 2001, nous réunirons un groupe de travail qui inclura les CSTSO et qui travaillera à la mise en place d'une structure commune pour la prestation des services de santé mentale, y compris les CSTSO. Notre objectif est de normaliser les processus de sorte que tous les membres des FC soient traités équitablement et aient une meilleure compréhension de ce sur quoi ils peuvent compter quand ils font appel à nos soins.

347 J'applaudis et j'encourage de tels efforts.

348 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu beaucoup d'éloges de la part des patients et du personnel médical sur l'efficacité du traitement disponible au centre de santé Homewood de Guelph, en Ontario. Ce programme de rétablissement à la suite de stress dû à un trauma est un programme en résidence de six semaines qui fonctionne depuis huit ans. Au Canada, il y a peu ou pas de programmes équivalents axés sur les foyers de groupes. Entre 30 et 40 soldats des FC ont déjà suivi ce programme, avec des résultats allant de mitigés à bons. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interrogé plusieurs des soldats qui l'ont suivi. Ils s'accordent tous pour dire que le programme est efficace, mais plusieurs d'entre eux ont souligné que ce n'est pas un programme fait pour les membres des FC et ils ont proposé que Homewood crée un programme axé spécifiquement sur le SSPT d'origine militaire. Une autre remarque, faite par un psychiatre des FC ainsi que par un des patients interrogés, est que ce programme éloigne les membres de leur famille pendant une longue période, ce qui peut poser des problèmes. En d'autres termes, le type de traitement proposé à Homewood ne convient peut-être pas à tous les patients atteints du SSPT.

349 Le psychiatre qui supervise le programme SSPT de Homewood a discuté avec les enquêteurs de l'Ombudsman de ses observations générales sur les militaires qui ont participé au programme. Il a déclaré qu'un bon nombre d'entre eux étaient extrêmement fâchés de la manière dont ils étaient traités par les FC; ils semblent penser que leurs pairs ne sont pas sympathiques à leur situation et que la culture militaire s'accommode mal de ceux qui expriment leurs sentiments; ils voient, dans un diagnostic de SSPT, une « sentence de mort » professionnelle qui mène inexorablement à l'exclusion de l'armée. Ses observations reprenaient beaucoup de préoccupations exprimées par le cpl McEachern, devant mes enquêteurs ou moi-même, lors des entretiens que nous avons eus avec lui.

Méthodes courantes de traitement

350 La thérapie d'exposition est couramment employée pour traiter des troubles de l'anxiété, y compris le SSPT. Le principe de base de cette thérapie est d'enseigner au patient comment répondre aux aspects de l'événement traumatique, de différentes façons, en associant graduellement des déclencheurs de stress à des événements neutres ou agréables.

351 La gestion de l'anxiété est aussi communément utilisée pour traiter le SSPT. La gestion de l'anxiété consiste à entraîner les patients à utiliser un assortiment de stratégies cognitives et de comportement pour améliorer leur capacité de gérer les émotions (par exemple, l'appréhension) et les comportements (par exemple, l'agressivité) liés au SSPT. Ces stratégies incluent des techniques de relaxation et des techniques de respiration, une éducation sur les traumas et des habiletés en communication.

352 La désensibilisation et le reconditionnement à l'aide de mouvements oculaires constituent une approche psychothérapeutique relativement récente qui utilise les mouvements oculaires pour stimuler le système de traitement de l'information du cerveau. Ce traitement consiste généralement à rappeler le trauma, à évaluer les images ou souvenirs négatifs, à identifier une autre interprétation du souvenir, à examiner la réponse physiologique au souvenir et à utiliser un ensemble de mouvements oculaires dirigés pendant que le patient se concentre sur les souvenirs traumatiques.

353 Des études contrôlées sur la thérapie d'exposition et la gestion de l'anxiété ont prouvé que ces dernières réduisent les symptômes et améliorent l'état des patients. Il n'y a pas encore d'études cliniques susceptibles d'appuyer de manière aussi déterminante le traitement des mouvements oculaires, et ce traitement demeure controversé.

354 On utilise de nombreux types différents de médication pour traiter le SSPT, y compris des inhibiteurs de la monoamine oxydase (comme le Nardil), des antidépresseurs tricycliques (comme les Tofranil et Elavil), des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (comme le Prozac) ainsi que des benzodiazépines (comme le Valium).

Thérapie par le travail

355 Les professionnels de la santé interviewés par les enquêteurs de l'Ombudsman ont déclaré qu'un emploi significatif est extrêmement salutaire pour ceux qui se remettent du SSPT; à l'inverse, ils ont déclaré qu'il est nocif pour ceux qui sont atteints du SSPT de languir sur la LEPND pendant de longues périodes. Selon le personnel soignant, le traitement, au cours des trois premiers mois, est considéré comme décisif pour le retour à une activité normale d'un individu, après quoi les chances de réintégration réussie sont considérablement diminuées. Dans une perspective de traitement, le rétablissement est souvent facilité si le patient apporte une contribution positive et se sent utile.

356 Dans la même optique, le genre d'activité dans laquelle cette réintégration se fait doit correspondre à la compétence et à l'état médical de l'individu – les soldats qualifiés pour le combat ont exprimé une immense frustration d'être relégués au rang de balayeur de plancher ou vendeur de patates frites.

Résumé

357 Il est clair que les professionnels des soins de santé qualifiés sont parfaitement en mesure de déterminer si un individu souffre ou non du SSPT, à partir d'un ensemble de critères reconnus de diagnostic. Comme beaucoup au sein des FC l'ont précisé au cours de l'enquête, aucune analyse sanguine ni aucune radiographie ne peut prouver l'existence physique du SSPT, mais la chaîne de commandement non médicale n'est certainement pas compétente pour déterminer si un individu en est atteint ou non.

358 Les FC, tout à fait à juste titre, donnent une prime à la résistance physique et mentale. Les membres des FC atteints du SSPT qui ont parlé aux enquêteurs de l'Ombudsman sont aussi résistants mentalement et physiquement. Comme l'a dit un psychologue militaire expérimenté, « certains de ces gars-là sont les meilleurs soldats que vous ne verrez jamais ». Pourtant, il leur est arrivé quelque chose qui les a touchés si profondément qu'ils en sont tombés malades. Ils ont besoin et ils méritent l'aide des FC pour s'en remettre. Le fait qu'un camarade qui a été témoin du même événement n'a pas été affecté de la même manière n'est pas du tout pertinent.

359 La recherche menée dans le cadre de cette enquête a montré que beaucoup d'approches adoptées pour soigner le SSPT sont moins que crédibles. Il est important que les FC évaluent soigneusement l'efficacité des traitements disponibles et normalisent l'approche adoptée par son personnel soignant.

Partie III : Attitudes au sujet du SSPT dans les FC

360 Le cpl McEachern a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman que, selon son expérience, les FC n'ont pas de sympathie pour ceux qui sont atteints du SSPT et qu'un changement est nécessaire, à tous les niveaux, pour améliorer la compréhension et la sensibilisation à l'égard du SSPT, afin que les membres qui en sont victimes puissent continuer leur carrière dans les FC. Il a également déclaré que les victimes du SSPT, dès qu'elles sont connues, en subissent souvent la stigmatisation et sont rejetées par leurs pairs et par la chaîne de commandement.

361 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interviewé plus de 100 membres ou anciens membres des FC qui souffrent ou ont souffert du SSPT, parfois avec leur conjoint, ainsi que beaucoup de membres de la chaîne de commandement. La plupart des membres interviewés ont raconté la même histoire. Ils ont décrit une situation marquée par peu ou pas d'éducation sérieuse en matière de SSPT, la stigmatisation du SSPT, l'ignorance et le ressentiment, les accusations de simulation de la maladie et souvent l'exclusion de l'armée. La plupart de ceux qui ont été interrogés n'ont pas voulu que leur unité sache qu'ils souffrent du SSPT ou d'un problème quelconque causé par le stress. Beaucoup de membres des FC souffrant du SSPT et actuellement traités pour cela, continuent de remplir efficacement leurs fonctions dans leur milieu de travail habituel. Même si un grand nombre d'entre eux continuent à travailler, presque toutes les personnes interviewées ont indiqué avoir perdu confiance dans les FC et craindre de perdre leur poste parce qu'elles souffrent ou sont soupçonnées de souffrir du SSPT. Les attitudes préjudiciables au sujet du SSPT dans les FC sont aggravées par la cadence des opérations qui entraîne une tolérance réduite envers ceux qui semblent ne pas fonctionner à 100 pour cent.

362 Les facteurs suivants, qui sont reliés, indiquent comment on croit que les FC traitent leurs membres qui souffrent ou semblent souffrir du SSPT :

363 • les attitudes face au SSPT, au niveau de l'unité et du groupe des pairs,

364 • le manque de soutien de la part de leur unité,

365 • le ressentiment à l'égard des membres atteints du SSPT,

366 • l'impact du manque de personnel,

367 • l'hésitation des membres à demander de l'aide,

368 • le manque de confiance dans les FC.

Attitudes face au SSPT au niveau de l'unité et du groupe des pairs

369

> Pour être tout à fait honnête, je préférerais dire à mes collègues que j'ai attrapé une dose dans un bordel plutôt que leur dire que je souffre du SSPT.
>
> MR supérieur, SOFT

370 Une attitude négative envers la maladie mentale n'est certes pas unique à l'armée. Les FC ne semblent pas avoir mieux réussi que les organisations civiles à accepter et à traiter la maladie mentale comme un problème de santé ordinaire. Je suis d'avis que cet échec a créé de sérieuses barrières systémiques qui empêchent un traitement efficace des membres des FC qui sont atteints du SSPT.

371 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont découvert diverses attitudes au sujet du SSPT, dans la chaîne de commandement et au sein des divers groupes de pairs. Certains semblaient généralement sympathiques, alors que d'autres étaient extrêmement réservés. Quelques-uns étaient d'avis qu'il y avait peu ou pas de problème de SSPT au sein des FC. Quant au stigmate rattaché à la maladie mentale, le cpl McEachern a parlé de « l'humiliation » d'être atteint d'une maladie mentale :

372

> En fait, je n'en ai pas parlé dans l'unité ... Pourquoi? Pour éviter l'humiliation de dire que je souffrais du SSPT ... personne ne s'était encore fait connaître ... Parce qu'ils nous entraînent à être des durs. Dès qu'on souffre du SSPT, c'est considéré comme un signe de faiblesse.

373 L'humiliation et le stigmate qui sont associés à la maladie mentale peuvent avoir des conséquences graves pour la carrière des membres chez qui on diagnostique des troubles psychologiques. Comme un soignant supérieur des FC en a fait la remarque :

374

> Ce rejet du SSPT et des autres troubles mentaux reliés au stress/à la santé mentale ne se trouve pas seulement chez les supérieurs. On le retrouve aussi beaucoup chez les pairs et les subordonnés qui ont une

> attitude négative envers les membres qui ont un problème de santé mentale, quelle qu'en soit la nature. En ce sens, c'est la même chose que dans la population en général où l'idée que l'on a d'une personne change dès que l'on apprend que cette personne souffre de maladie mentale. Les problèmes de santé mentale et les troubles liés au stress sont mal compris et regardés avec soupçon et mépris; ceux qui en ont sont fréquemment tournés en ridicule. C'est comme si les gens ... se tiennent loin des membres atteints, de peur d'être atteints à leur tour.

375 Le col Randy Boddam, Directeur des Services de santé mentale des FC, a décrit l'attitude générale envers les problèmes de santé mentale comme de la honte :

376

> Une des choses qui est ressortie de la Commission d'enquête [sur la Croatie] comme du Rapport Thomas a été la décision de réduire ce stigmate. C'est un ordre, mais très difficile à exécuter dans la mesure où on demande à nos gens de changer d'attitude, dans un environnement culturel où cette même attitude est largement répandue. Ajoutez à cela que, le plus souvent, les gens ne vont pas crier sur les toits qu'ils souffrent de troubles mentaux; les troubles sont accentués par le sentiment de honte qu'ils provoquent et ils entraînent des comportements dysfonctionnels.

377 Un MM supérieur a décrit l'attitude envers la maladie mentale au sein et à l'extérieur des FC :

378

> Je continue de penser qu'il y a bel et bien un stigmate rattaché aux troubles causés par le stress et à la maladie mentale en général, tant chez les civils que chez les militaires... Comme on l'a souvent dit, c'est bien d'avoir un bras fêlé, mais pas bien d'avoir la tête fêlée.

379 Le col Ken Scott, Directeur de la Politique médicale, a également noté que le stigmate lié à la maladie mentale, au sein des FC, est le reflet d'une attitude de la société en général :

380

> Les gens préféreraient se faire dire que leurs symptômes sont ceux d'un cancer terminal plutôt que d'une dépression. Dans notre société, nous séparons les [gens atteints de maladies mentales]. Personne ne veut se voir donner un diagnostic de troubles mentaux. C'est un véritable stigmate et c'est mauvais.

381 Les professionnels de la santé qui soignent les soldats, au front, ne sont pas immunisés contre ce genre d'attitude. Selon le col Scott :

382 > Je ne vais pas exclure les fournisseurs de soins de santé. Cette attitude existe aussi probablement chez eux.

383 Un soldat a fait part aux enquêteurs d'une remarque entendue lors de son passage dans un service médical. Comme il jetait un coup d'oeil sur une affiche murale, l'infirmier lui a dit : « Ne regarde pas ça, tu vas attraper le SSPT », alors qu'il savait qu'il était là pour obtenir des antidépresseurs. Le soldat a dit « Je n'ai pas trouvé ça particulièrement drôle ».

384 Le stigmate marque également les familles de membres atteints dans les quartiers réservés aux familles des militaires. Plusieurs personnes ont dit aux enquêteurs qu'elles étaient mises à l'écart dès que l'on apprenait que leur conjoint souffrait du SSPT. Une épouse de militaire, elle-même d'une famille de militaires, nous a dit :

385 > C'est horrible, juste horrible et le pire de tout est la manière dont nous sommes traités en tant qu'êtres humains. On ne nous traite même pas comme des êtres humains. Nous avons perdu tous nos amis, militaires et civils. Une famille de militaire dont nous étions extrêmement proches... dès que [le conjoint militaire] a découvert que [mon mari] était atteint du SSPT, l'amitié qui nous unissait a disparu. Jusqu'à ce que *lui* aussi soit atteint du SSPT. [emphase ajoutée]

386 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont demandé à une psychologue, qui traite plusieurs membres des FC, comment les patients réagissent quand ils apprennent qu'ils sont atteints du SSPT. Sa réponse a été typique de ce que pensent tous les professionnels de la santé expérimentés dans le traitement du SSPT interviewés par mes enquêteurs. Elle a décrit trois réactions différentes :

387 > Je dirais que probablement 50 pour cent d'entre eux se doutent qu'il y a un problème. Ils ne savent pas ce que c'est, mais ils savent qu'ils ne vont pas bien et ils ne s'aiment pas comme ça. Je dirais que ceux-là acceptent probablement le diagnostic et réagissent en demandant « OK, où allons-nous à partir d'ici? ». [D'autres], 40 pour cent, réagissent comme si j'avais prononcé leur arrêt de mort; ils parlent de poison et disent que je leur ai donné du poison ... Ils sont très fâchés et très bouleversés; au tout début, quand je leur

> fais part du diagnostic, leurs symptômes empirent ... Je leur ai dit quelque chose qui pourrait se savoir. Personne n'est au courant et ils ne veulent pas que ça se sache parce qu'on passe pour un faible; on n'est plus un soldat. Les 10 pour cent restants ... probablement moins de 10 pour cent ... [insistent] sur le fait qu'ils ont quelques symptômes, mais qu'ils n'ont pas la maladie.

388 L'incident impliquant le cpl McEachern a, jusqu'à un certain degré, fait apparaître au grand jour les attitudes au sujet du SSPT. Les enquêteurs de l'Ombudsman se sont fait dire que « ... le cas McEachern a nettement divisé la base d'Edmonton, beaucoup de personnes pensant qu'il se sert du SSPT comme excuse pour éviter toute punition, alors que d'autres sont plus compréhensifs ». Ils ont rencontré un certain nombre de membres des FC, y compris des dirigeants, qui – bien qu'ils ne l'aient jamais rencontré et n'aient aucune formation médicale – étaient certains que le cpl McEachern ne souffrait pas du SSPT.

389 Le cpl McEachern a eu le sentiment que sa chaîne de commandement et ses pairs manquaient de compassion et de compréhension au sujet du SSPT. Comme il l'a dit, « c'est une expérience humiliante d'avoir à admettre que vous avez des problèmes et ils en rajoutent en vous rejetant de l'unité comme si vous représentiez une perte de rations. Il a décrit la réaction de la chaîne de commandement après l'incident du Centre d'instruction du Secteur de l'Ouest (CISO) qui a conduit au diagnostic :

390

> Je pense ... [que] les officiers, en raison de leur poste et de leur grade, particulièrement dans les armes de combat, devraient avoir un minimum de formation en psychologie et adopter une attitude professionnelle et compatissante à l'égard de leurs soldats quand ils sont atteints du SSPT, plutôt que de les châtier ou de les humilier devant les troupes. J'ai été sorti des rangs, devant tous mes amis, quand j'ai commencé à pleurer, alors qu'on aurait dû me prendre à part ce soir-là et me demander : « Hé, qu'est-ce qui se passe? Ça n'a pas l'air d'aller. Vous avez un problème? Vous n'êtes pas vous-même depuis quelques temps. » Mais non, rien de pareil. Soudain, voilà que je n'étais plus assez bon ... C'était pendant mon cours de pionnier, quand j'ai commencé à pleurer et que j'ai quitté le cours.

391 La perception générale est que les plus hauts gradés ont une meilleure connaissance du SSPT et sont davantage sensibilisés.

Selon l'opinion d'un officier très haut gradé du corps médical, la sensibilisation est grande au niveau le plus élevé. « À ce niveau [officiers généraux], je pense que leurs connaissances, leur compréhension et leur appréciation se sont énormément améliorées. Je n'en suis pas aussi sûr à mon propre niveau ou celui de lieutenant-colonel/colonel ... Aux grades subalternes, je ne suis pas sûr ».

392 Un officier supérieur de la Force de réserve a exprimé une opinion semblable :

393

> Cela vient en partie du fait que, même si la chaîne de commandement, au sommet, est très impliquée et fait et dit ce qu'il faut – j'ai moi-même été tout au bas de l'échelle – entre le moment où le sommet donne un ordre et le moment où le bla-bla-bla est transmis aux soldats alignés dans le manège militaire, le message et l'implication changent complètement. À mon avis, ce sont les niveaux intermédiaires. On doit convaincre les s/off supérieurs, les majors et les colonels que c'est la bonne chose à faire. Si vous le faites, les gens s'impliqueront. Les généraux sont déjà convaincus. Les colonels commencent déjà à comprendre, surtout s'ils veulent devenir généraux. Ce sont vraiment ces autres niveaux qui doivent s'y mettre, passer le message et le soutenir; personnellement, si on me le demandait, je m'assoirais là avec quelqu'un et le ferais.

394 Un grand nombre de membres de la chaîne de commandement et de l'unité, auxquels les enquêteurs ont parlé, ont fait preuve d'une connaissance et d'une compréhension médiocres du SSPT. Beaucoup de membres de la chaîne de commandement immédiate ne croyaient pas que les problèmes de santé liés au stress sont une raison suffisante pour qu'un individu n'aille pas travailler. Certains, interrogés par les enquêteurs, ont exprimé de la colère à la pensée que les soldats placés sur la LEPND « se reposent à la maison toute la journée en regardant la télévision » pendant que d'autres soldats travaillent. Un officier de bataillon a décrit un incident survenu pendant une séance de formation sur le SSPT, pour les officiers et s/off supérieurs, quand un s/off supérieur s'est levé devant le groupe et a déclaré : « Pendant combien de temps allons-nous permettre à ces gars de profiter de nous? ».

395 L'équipe d'enquêteurs a appris une foule d'anecdotes à l'effet que, tant chez les groupes de pairs que dans la chaîne de commandement, beaucoup croient que le SSPT est un trouble causé par la faiblesse de la personne qui en est atteinte, ou qu'il

n'existe tout simplement pas. Comme un soldat l'a déclaré, « les soldats qui souffrent du SSPT sont considérés par leurs pairs comme un peu fous ou des fainéants qui essayent d'échapper à leurs tâches habituelles ».

396 D'autres anecdotes révèlent que beaucoup dans la chaîne de commandement, en particulier au niveau MR supérieur, ne sont pas aussi instruits ou ouverts, qu'on pourrait l'espérer, dans leur attitude à l'égard de ceux qui sont atteints du SSPT. Un soignant supérieur des FC a dit aux enquêteurs :

397

> Mon expérience est que ceux qui souffrent du SSPT, ou de beaucoup d'autres problèmes psychologiques, psychiatriques et/ou psychoémotionnels, sont souvent traités avec dédain et sont ridiculisés. Les premiers coupables sont les cadres intermédiaires : officiers divisionnaires (O Div), chefs de division et officiers mariniers (OM). Généralement, les officiers supérieurs encouragent les membres à suivre un traitement et déclarent que les superviseurs doivent s'occuper de leurs subalternes bien que, de temps en temps, un cmdt d'unité fait preuve d'intolérance, – en discréditant un traitement, en n'acceptant pas un diagnostic ou en considérant les besoins d'un membre comme une 'tentative d'abuser du système', intolérance engendrée par l'ignorance – qui renforce les attitudes de rejet au niveau des cadres moyens. Ceci rend le traitement difficile – il n'est pas rare qu'un membre fasse des progrès sérieux dans nos bureaux et que ce travail soit ensuite démoli par les superviseurs de l'unité.

398 Bien qu'il y en ait eu d'autres avec une connaissance profonde du système qui ont exprimé des opinions similaires, je tiens à indiquer clairement que je ne critique pas les MR supérieurs en tant que groupe. En fait, les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré plusieurs MR supérieurs qui ont tout à fait compris les incidences du SSPT, qui sont extrêmement bien informés sur les problèmes, et qui traitent leurs subalternes avec compassion et attention. Ils ont rencontré plusieurs MR supérieurs qui sont allés au-delà des exigences de leurs tâches pour aider des membres atteints du SSPT. Par exemple, un adjudant-chef supérieur (adjuc), Frank Emond de Winnipeg, dont les fonctions premières n'exigeaient nullement qu'il s'implique, est personnellement intervenu dans de nombreux cas. Ce MR supérieur ne fait pas de discrimination en fonction du service, de l'endroit ni de la sévérité du problème; ses

efforts personnels ont sans aucun doute amélioré (et peut-être même sauvé) beaucoup de vies.

399 Un adjum d'infanterie, retraité des FC depuis sept ans, a été la force qui a encouragé beaucoup de soldats de son régiment et d'autres à demander de l'aide. Il a touché beaucoup de vies et en a assurément sauvé quelques-unes, au risque de sa propre carrière civile et sa propre santé.

400 À la BFC de Wainwright, un autre adjum en a fait son métier de rechercher les membres qui ont besoin d'aide et d'intervenir activement en leur nom. À la même base, un MR subalterne est entré en contact avec notre Bureau pour exprimer son inquiétude à propos d'un de ses camarades soldat atteint du SSPT, qui se comportait d'une façon suicidaire. Un enquêteur de l'Ombudsman a été en mesure d'aider le soldat en question à trouver de l'aide.

401 De même, dans la chaîne de commandement et chez les pairs, il y en a qui comprennent les problèmes et ont une approche progressiste. Un MR nous a dit :

402

> Les Forces sont divisées en deux, je pense ... les progressistes et ceux qui sont coincés dans ce que nous appelons le système des dinosaures. On ne peut plus diviser en fonction du grade. Il y a des s/off supérieurs et quelques officiers de tous les grades qui peuvent vraiment raisonner et progresser, qui sont capables de penser par eux-mêmes.

403 Beaucoup de membres dans la chaîne de commandement reconnaissent l'existence d'une stigmatisation et les répercussions qu'elle peut avoir. L'ancien commandant de compagnie du cpl McEachern a proposé une approche, à mon avis, très sensible pour traiter avec les membres atteints du SSPT. Il a dit aux enquêteurs :

404

> Ce que nous devons faire est de diagnostiquer le SSPT dès le début; d'obtenir l'appui total de la chaîne de commandement pour soigner les personnes atteintes; de s'assurer qu'aucun stigmate n'est attaché à un diagnostic de SSPT ni à la participation ou à l'application d'un traitement. Une telle situation ne devrait pas avoir la moindre répercussion.

405 Il avouait aussi que le système est actuellement loin d'être parfait en raison des inhibitions culturelles : « Les gens ne savent pas vraiment très bien comment faire face aux problèmes de [santé mentale] dans une perspective militaire. »

406 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont vu des exemples de mesures proactives prises par la chaîne de commandement pour changer les attitudes. Par exemple, le bgén Ed Fitch, qui était le commandant du SOFT lors de l'incident impliquant le cpl McEachern, était fermement décidé à s'occuper de la question du SSPT. J'ai bon espoir que les efforts qu'il a entrepris pour faire face aux conséquences du SSPT seront poursuivis par son successeur au SOFT.

407 Il est encourageant de trouver des chefs qui continuent de souscrire au principe fondamental du soin des troupes. Le cpl McEachern n'est pas le seul soldat qui s'est senti isolé au sein de sa propre unité. Un autre soldat d'infanterie basé à Edmonton et qui avait participé à plusieurs déploiements a commenté « moi-même et ce type McEachern, nous sommes tous les deux partis à peu près en même temps, mais l'annonce de mon départ a été un peu plus répandue. Je connaissais tout le monde, aussi c'était, 'tiens donc, c'est le fou' et tout le reste ». L'équipe d'enquêteurs a entendu à maintes reprises les personnes interrogées dire qu'elles se sentaient abandonnées par leurs pairs et par leur unité dès que l'on apprenait qu'elles souffraient du SSPT.

408 Les commentaires suivants sur les préjugés existant contre ceux qui souffrent du SSPT ont été faits par un membre qui a fait partie des FC pendant environ 20 ans, dont 10 comme travailleur social; ils reflètent tout à fait ce que les enquêteurs ont entendu de la part de nombreux autres militaires :

409

> Vous avez demandé comment les soldats sont traités par leurs pairs, par leur chaîne de commandement, par la communauté militaire. Je dirais que dans tous les cas, cela dépend de qui sont les pairs, le cmdt ou la communauté. J'ai entendu des exemples où le soldat a été bien traité sur tous les plans mais ceci semble être l'exception. Je pense que ce sont probablement les pairs qui traitent le mieux le soldat parce que selon toute probabilité ils étaient là et peuvent montrer le plus d'empathie. Je vois des pairs protéger et défendre les leurs, se soutenant mutuellement, mais n'accédant pas aux services d'aide disponibles parce qu'il existe clairement peu de confiance envers les spécialistes comme nous, les travailleurs sociaux. Lors d'un bref voyage [à un théâtre d'opérations outre-mer], j'ai vu cela plusieurs fois : un soldat posant des questions sur le SDIC/SSPT et ce, je l'ai découvert plus tard, au nom d'un autre soldat afin de protéger l'intimité et l'anonymat de ce dernier.

410 J'ai souvent entendu des membres atteints du SSPT faire des remarques sur les commentaires négatifs qu'ils reçoivent de la part des superviseurs ou d'autres personnes qu'ils ne connaissent même pas. Ils ont l'impression d'être accusés de simulation par principe. Ils sont souvent insultés, accusés d'être faibles, d'exploiter le système, et ils sont repoussés par leur unité. Ils sont fréquemment la risée d'autres qui sont souvent en position de supervision. Certains les considèrent avec dégoût et très peu de compassion. On se moque du soldat souffrant du SSPT comme si le fait de voir un psychiatre était un avantage merveilleux dont les autres seraient privés, sans égard pour la souffrance terrible endurée par notre personnel.

Manque de soutien de la part de l'unité

411 Le consensus chez les professionnels de la santé est que le soutien au niveau de l'unité est un des facteurs les plus importants dans la guérison du SSPT, y compris l'encouragement à demander une aide médicale. Selon le col Cheryl Lamerson, Directeur des Ressources humaines, recherche et évaluation :

412 Si le message que l'individu reçoit de son unité est « Vous faites semblant ou nous ne croyons pas que vous en soyez atteint », ça ne peut pas aider. Mais si le message est : « Bon, nous vous mettons en service réduit, mais nous sommes toujours heureux que vous soyez ici... Nous n'allons pas vous dire que vous êtes incurable, mais plutôt que vous allez vous en remettre. C'est parfait. Prenez le temps nécessaire et rétablissez-vous. »

413 D'ailleurs, les FC reconnaissent que ce soutien au niveau de l'unité est un facteur primordial dans le processus de rétablissement. La *Directive CEMD 2001 aux commandants* précise :

414 Un autre point très important est l'implication appropriée de la chaîne de commandement dans les soins à un patient souffrant d'une maladie mentale. L'influence du lieu de travail sur les membres des FC et sur leur famille est profonde. Le membre qui n'est pas capable d'agir au maximum de ses possibilités pense qu'il a laissé tomber son équipe et tend à se dévaloriser de façon importante. Au cours de son rétablissement, il a besoin de savoir qu'il est toujours accepté comme membre de son équipe même s'il est

> en service réduit et, plus important encore, que son équipe a besoin de lui pour fonctionner de nouveau à plein régime et qu'elle l'appuiera dans la poursuite de cet objectif. Le maintien du contact avec l'unité, ainsi que le désir d'y retourner, sont des facteurs essentiels dans le dénouement de beaucoup de maladies, y compris des maladies mentales ... Les maladies mentales représentent pour une unité et pour la chaîne de commandement une occasion unique de participer au processus de rétablissement d'un membre ... La chaîne de commandement peut faciliter ce processus en créant un environnement qui favorise et encourage la reconnaissance et le traitement des problèmes, qui protège l'intimité des individus et qui les soutient au cours de leur rétablissement.

415 Beaucoup de membres des FC atteints du SSPT ont également mentionné le soutien de leur unité comme étant le facteur principal dans le processus de rétablissement. Dans beaucoup de cas, des membres atteints du SSPT n'ont pas reçu le soutien qu'ils ou elles attendaient. Quand les enquêteurs de l'Ombudsman l'ont interrogé au sujet du soutien de son unité, le cpl McEachern a déclaré qu'il n'avait eu aucun contact avec son unité après avoir été placé dans les EIPRS :

416

> Rien, juste un « nous vous verrons plus tard » quand je suis parti ... C'est ça le problème. On s'attendrait au moins à quelque chose comme « bonne chance pour votre rétablissement ... nous resterons en contact pour nous assurer que tout va bien ... etc. [9]

417 D'autres soldats se sont plaints de situations tout à fait semblables. Un des premiers que nous avons rencontrés dans cette enquête avait fait beaucoup de recherches sur le SSPT d'origine militaire. À son avis :

418

> ... le facteur le plus important pour le rétablissement est le soutien positif que le membre reçoit de ses pairs et de son unité. Plus l'aspect positif est fort, plus le soutien est vrai et crédible, et plus nombreux seront ceux qui se rétabliront complètement et pourront réintégrer leur environnement de travail. Sans ce soutien, cela ne se produira pas. Ce que les FC ne font

[9] La question du contact entre les unités et leurs membres sur la LEPND est traitée à la partie VIII, à la section traitant du Maintien de la responsabilité à l'égard du membre placé sur la LEPND.

> pas, c'est de resserrer les rangs autour de leurs membres en difficulté pour leur assurer, à eux et à leur famille, un soutien réel.

419 Un autre membre atteint du SSPT a dit aux enquêteurs « le jour où j'ai admis souffrir du SSPT, je m'attendais au soutien des FC mais je n'en ai pas eu ». Un officier supérieur, lui aussi atteint du SSPT, a repris le même genre de commentaire :

420

> Nous abandonnons les gens au lieu de nous regrouper autour d'eux comme un régiment devrait le faire, parce que nous avons peur de la faiblesse. Quand Roméo Dallaire a avoué publiquement qu'il avait souffert du SSPT, un officier supérieur quelconque a dit de lui qu'il « avait toujours été émotif »; pour eux, 'émotif ' veut dire faible. Les FC devraient introduire le concept de la personne globale et accepter le fait que les gens ont des faiblesses. Nous devons affronter le SSPT comme une famille militaire. Nous devons retrouver l'aspect famille des FC.

421 Un nombre important de personnes atteintes du SSPT et interrogées au cours de l'enquête ont confirmé qu'il y a bien absence de contact ou de soutien de la part des unités. Quelqu'un a remarqué que dès que son état avait été connu, « j'étais devenu la personne atteinte de la peste bubonique; l'attitude de mon unité était 'ne le touchons pas' ». Un autre a déclaré qu'il « avait été lâché comme une patate chaude ».

422 Un autre membre a indiqué aux enquêteurs que, bien que son cmdt lui ait apporté un soutien complet et qu'il soit respecté par ses pairs, il a préféré cacher son diagnostic à ces derniers. Il craint de se heurter aux préjugés et à l'ignorance au sujet du SSPT au sein des FC plutôt que de recevoir le soutien de son unité, ce qui est important pour le rétablissement. Il a dit :

423

> Je dois porter beaucoup de masques et ne pas ouvrir la bouche. Ça n'a pas été chose facile. Je suis convaincu que si j'avais été sûr du soutien de mes pairs, [si] j'avais su que je pouvais compter sur leur soutien et qu'ils étaient sympathiques à ma situation difficile, mon rétablissement aurait probablement été bien plus rapide ... Si les personnes atteintes du SSPT avaient le soutien de leurs pairs et superviseurs, je crois que l'on pourrait infiniment mieux les intégrer dans le système. Elles sentiraient qu'on s'occupe d'elles, que leur problème est considéré comme important et on n'aurait plus de personnes jetées dehors, en congé dû

> au stress, pendant deux ans et demi ou trois ans, ou Dieu sait combien de temps.

424 Pendant toute la durée de l'enquête, les membres atteints du SSPT et le personnel soignant se sont plaints maintes et maintes fois du manque de soutien de l'unité. Selon un membre supérieur du personnel soignant, « la plus grande partie [du processus de rétablissement] se situe au niveau de l'unité. Le soutien dont on bénéficie est ce qui fait toute la différence ... le gros problème n'est pas le traitement, mais la manière dont on est traité par son unité ».

425 Si le manque de soutien n'aide pas, la désapprobation ou les attitudes punitives sont carrément dommageables. Les enquêteurs ont entendu parler de la chaîne de commandement qui humiliait ouvertement des membres devant leurs pairs. Des membres souffrant du SSPT ont décrit le traitement qu'ils ont reçu de leur unité comme tellement insensible et malveillant qu'il a provoqué un trauma secondaire, qui a aggravé le problème. Un membre a souligné l'ironie de la situation : « J'ai été tellement maltraité. J'ai été puni par mon unité parce que j'étais malade. J'ai dû passer tellement de temps à combattre le système, au lieu de me soigner. »

426 L'ignorance et le stigmate associé au SSPT conduisent beaucoup de soldats à traiter leurs camarades d'unité atteints du SSPT comme s'ils étaient atteints d'une maladie contagieuse, une lèpre des temps modernes. Un MR supérieur a décrit la réaction de son unité après qu'il eut reçu un diagnostic positif :

427 > J'ai été complètement mis de côté par le bataillon ... parce que la plupart d'entre eux craignaient d'avoir quoi que ce soit à faire avec nous ... Je me rappelle qu'un type est venu me voir, et m'a dit ... Je ne devrais pas te le dire, mais il ne faut pas que je sois pris en train de te parler.

428 Il a poursuivi :

429 > [Si j'entrais au mess des sergents], on me demanderait probablement de sortir. En fait je sais que si le SMR était là maintenant, ou n'importe lequel des sergents-majors, ils me demanderaient de sortir. Quand je suis revenu [du traitement pour le SSPT], il y avait un sergent-major ... assis juste là, juste en face de moi. Je l'ai regardé droit dans les yeux et il a détourné le regard ... Ils étaient tous des gars avec lesquels j'avais

> l'habitude de travailler. J'y pense tous les jours. Ça me rendait furieux. Maintenant je réagis plus calmement. Je ne peux pas les blâmer parce que, pour commencer, ils ne comprennent pas. Ils ne peuvent pas comprendre ... Je sais ce que c'est d'être mis à l'écart en raison de vos manières, de votre état ou de votre couleur, ou quoi que ce soit d'autre.

430 Quand on lui a demandé ce qui pourrait améliorer la situation pour les soldats atteints du SSPT, un professionnel expérimenté dans le traitement du SSPT a souligné l'importance de l'unité et de la chaîne de commandement dans le processus de rétablissement :

431

> S'ils étaient soutenus au lieu d'être rejetés. Soutien signifie beaucoup de choses différentes ... Certains dans la chaîne de commandement sont excellents. Ils savent que leurs soldats sont malades alors ils leur trouvent des petits travaux à faire et les mettent dans des endroits sains et agréables.

432 Il est important de se rappeler qu'il y a beaucoup d'histoires de réussite – des personnes ont repris un service actif dans les FC après avoir été traitées pour le SSPT. Presque toutes celles que l'équipe d'enquêteurs a rencontrées ont une chose en commun : elles ont reçu un soutien immédiat et sans jugement de leurs pairs et de la chaîne de commandement. Un adj expérimenté d'une unité d'ambulance de terrain a exprimé sa grande satisfaction pour le soutien qu'il a reçu après un diagnostic positif :

433

> L'unité a été excellente. Le cmdt, le commandant adjoint, le SMR m'appelaient tout le temps. J'ai eu un appel téléphonique au moins une fois par semaine de quelqu'un dans la hiérarchie. Ils ont compris. Ils m'ont aidé tout le temps. Ils m'ont beaucoup dépanné et je n'estime pas avoir été oublié.

434 D'un autre côté, il a ajouté :

435

> La plupart des unités ne font pas ce que mon unité a fait. C'est complètement différent dans l'infanterie – ils ne comprennent tout simplement pas.

436 Un caporal-chef interviewé par les enquêteurs a décrit comment son unité a tout fait pour faciliter son rétablissement et son retour au travail, y compris l'encourager à travailler à temps partiel. Elle a décrit le soutien de son unité comme « phénoménal ». Par exemple, sa chaîne de commandement l'a consultée au moment de décider si elle devait ou non être placée sur la LEPND; on lui a dit qu'elle

pourrait entrer en contact avec sa chaîne de commandement à tout moment, 24 heures sur 24; et il n'y avait aucune pression pour retourner travailler trop rapidement. Comme elle l'a dit, « Je savais que des gens étaient là pour moi. J'étais soutenue ». Finalement, elle n'a pas été placée sur la LEPND. Ce soldat est depuis retournée travailler à temps plein.

437 Un membre atteint du SSPT a résumé l'importance du soutien de l'unité pour le rétablissement :

438

> Bien qu'il soit vrai que la plupart [des soldats souffrant du SSPT] doivent être assignés à des fonctions modifiées et que certains ne puissent pas être déployés pour de futures missions opérationnelles, la majorité des individus atteints sont en mesure de continuer à exécuter leurs tâches. Le facteur le plus important de cette équation est la quantité de soutien positif que l'individu reçoit de la part de ses pairs et de son unité. Plus le soutien reçu est positif, plus ce soutien est vrai et crédible, plus nombreux sont ceux qui seront en mesure de retourner dans leur environnement de travail. Sans ce soutien, c'est tout simplement impossible.

439 Bien que l'enquête ait fait ressortir quelques cas dans lesquels des membres atteints du SSPT ont été bien traités par la chaîne de commandement et/ou leur unité, il faut malheureusement constater que, dans bien trop de cas, les membres atteints du SSPT n'ont pas été bien traités du tout. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont pu également constater que les chances de rétablissement augmentaient considérablement quand les membres atteints étaient restés bien intégrés à leur unité, tandis que le pronostic était beaucoup moins positif quand les unités rejetaient leurs membres atteints du SSPT.

440 Dans trop de cas signalés au Bureau de l'Ombudsman, les unités semblent avoir effectivement abdiqué leurs responsabilités à l'égard de ceux qui étaient atteints du SSPT. Quelques soldats ont exprimé un sentiment d'abandon et du ressentiment de ne pas être reconnus pour leurs contributions. Un soldat d'infanterie avec presque 10 ans de service a indiqué :

441

> Pour la plupart des gens, y compris les officiers, dans le bataillon, ils s'en foutent complètement – une fois qu'on est parti, on est parti; on est sacrifiable. Quand je suis parti, ils m'ont complètement oublié ... Ils m'ont traité comme de la merde et m'ont oublié. Chaque fois

> que j'allais là-bas pour prendre ou acheter quelque chose, ils me faisaient sentir que je n'étais pas un des leurs alors que je payais toujours mes cotisations ... Je n'ai jamais été invité à quoi que ce soit; j'ai simplement abandonné.

442 En outre, une meilleure compréhension et plus de respect envers les membres atteints du SSPT, au sein de leur unité, les encourageront à se faire connaître et à demander de l'aide plus tôt, et maximiser ainsi leurs chances de rétablissement.

443 On pourrait croire que la chaîne de commandement éprouve de la difficulté à trouver l'attitude appropriée à l'égard des membres atteints du SSPT, parce que ce trouble est associé à des sentiments de colère et de victimisation, et à des conflits avec l'autorité. Il se peut que les dirigeants hésitent à maintenir le contact avec ceux qui sont atteints du SSPT, par crainte d'aggraver l'état psychiatrique de ces derniers. Par exemple, l'adjudant dans le régiment du cpl McEachern a exprimé son incertitude sur le désir des membres atteints du SSPT d'être contactés. Un cmdt a parlé aux enquêteurs d'un cas dans lequel un membre en congé de maladie a prétendu que les contacts de l'unité ressemblaient à du harcèlement. Comme un MR supérieur l'a dit, « quoi qu'on fasse, on est toujours perdant ».

444 Quelle que soit l'hésitation des dirigeants, il est évident que l'implication de l'unité est importante, tout autant que le soutien pour les soins aux soldats atteints du SSPT. En Israël, l'armée s'assure de maintenir un contact régulier avec ses membres qui reçoivent des soins en dehors de leur unité. Comme un fournisseur de soins l'a indiqué :

445

> Le système de soins de santé des Forces canadiennes fonctionne le mieux à l'avantage des patients lorsque les trois pièces maîtresses de ce système fonctionnent au même rythme ... Les patients eux-mêmes, le personnel soignant et la chaîne de commandement ... Si la chaîne de commandement n'assume pas sa responsabilité, on se retrouve alors avec un système qui fonctionne mal.

446 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont souvent entendu le personnel médical affirmer qu'un soldat se tire mieux d'affaire au sein de son unité plutôt qu'en étant placé sur la LEPND. Selon un cmdt, « si on place automatiquement une personne sur la LEPND sans même essayer de la maintenir dans son unité, tout ce qu'on fait, c'est aggraver le problème ».

447 Selon un MM principal, les unités peuvent jouer un rôle décisif dans la réintégration des membres des FC qui sont atteints du SSPT :

448

> Les unités ont un rôle à jouer en trouvant des moyens de permettre à ces gars-là de venir travailler une heure par jour, deux heures par jour ou de s'organiser d'une autre façon, sans qu'ils se sentent abaissés, parce que cela fait partie de leur thérapie. Il devient thérapeutique de faire travailler les gens ... il ne faut pas attendre six mois.

449 Alors qu'il semble bien que les membres atteints du SSPT se rétablissent mieux quand ils sont maintenus dans leur unité et employés à des tâches importantes dans le but de retourner à une activité normale, les unités, elles, sont souvent soumises à des contraintes dues au manque de personnel et de moyens. De plus, certains membres placés sur la LEPND ont de lourdes restrictions d'emploi qui les excluent d'un emploi proprement militaire. Ils se voient fréquemment assigner des tâches qui n'ont absolument rien de militaire. Une activité thérapeutique et un retour progressif au travail sont ce qu'il y a de meilleur pour les membres atteints du SSPT, mais cette approche a provoqué du ressentiment chez leurs pairs, comme on le démontre plus loin dans le rapport.

450 Il existe certains signes qui donnent à penser que les attitudes sont peut-être en train de changer. Par exemple, un cmdt expérimenté est encouragé par des signes qui montrent que l'on s'éloigne de la stigmatisation des problèmes psychologiques et que l'on voit le maintien dans l'unité comme une alternative de plus en plus viable à la LEPND :

451

> J'allais dire qu'une des choses que j'ai trouvée encourageante était que les gars en parlaient [se trouver devant des corps en décomposition au Kosovo]. Ce n'était pas tout le monde, mais beaucoup n'avaient pas peur de dire, « Faut dire que c'est plutôt lugubre » et étaient capables d'en parler et de s'en libérer en partie. De parler alors de stigmate « Il ne pouvait pas supporter ça » me paraît quelque peu excessif. Si cela a existé – et ça existe dans une certaine mesure – je crois que nous sommes peut-être en train de nous en débarrasser ... Cela voudrait dire que les conditions pour qu'un McEachern, ou quelqu'un comme lui, reste dans son unité pendant un certain temps ... sont probablement plus positives [qu'on] ne pourrait le penser, vu de l'extérieur, même

> si certains pensaient que cela ne marcherait jamais, qu'on devait le mettre dans un cocon. Il faudra examiner les cas individuellement, mais je sens que le terrain est plus favorable qu'on le pense à une solution.

452 À l'automne de 2000, l'USS Edmonton, avec la collaboration du personnel médical, s'est penchée sur un programme de « retour au travail », dans lequel on demandait à ceux qui étaient placés sur la LEPND de venir travailler dans un environnement militaire ou non, pas nécessairement dans leur emploi précédent, en fonction des restrictions de chacun. Ils pourraient se porter volontaires auprès d'organismes locaux ou prendre des cours. L'USS Edmonton a l'intention de lancer ce programme dans un proche avenir.

453 Je traite des problèmes systémiques relatifs au contact entre les unités et les membres atteints du SSPT dans la partie VIII du rapport.

Ressentiment à l'égard des membres atteints du SSPT

454 Un soldat interrogé dans le cadre de cette enquête a déclaré qu'un adj lui avait dit que PTSD (SSPT) signifiait « People Trying to Screw the Department » (personnes essayant de fourrer le Ministère). Elle pensait que cette perception était répandue parmi ses pairs.

455 Il y a sans aucun doute un ressentiment considérable à l'encontre des membres des FC atteints du SSPT, en particulier ceux qui ont été retirés de leur unité. Un adjuc a fait part de la remarque faite par un officier supérieur après qu'il eut vu un soldat qui avait été placé sur la LEPND et qui promenait son chien sur une plage voisine. Selon l'adjuc, l'officier supérieur a exprimé ce que ressentaient beaucoup d'autres :

456

> Tous les autres [membres de l'unité] qui le voyaient en étaient très bouleversés parce que ce gars-là promenait son chien le matin et était heureux. Il ne semblait pas du tout malade. Les gars au travail se demandaient « que diable fait-il? Il n'est pas malade, regardez-le aller. Il court avec son chien ».

457 Il n'est donc pas étonnant que le ressentiment à l'égard des membres qui souffrent de troubles mentaux et sont placés sur la LEPND soit largement alimenté par le niveau élevé des exigences opérationnelles imposées à ceux qui restent derrière dans l'unité. Plus précisément, le manque de remplacement combiné au maintien ou même à l'augmentation du tempo opérationnel provoque de l'antipathie à l'égard de ceux qui sont placés sur la LEPND. Comme l'a dit un MR supérieur ayant plusieurs membres de son personnel sur la LEPND :

458 > C'est la perception que l'on a de la LEPND elle-même. Elle a été conçue pour y placer les personnes incapables de travailler pour raison de maladie, mentale ou physique, pour une période prolongée, permettant ainsi de les remplacer dans leur section.

459 > Malheureusement, le système en souffre quand les remplacements sont plus difficiles à trouver, laissant du même coup les unités en état d'insuffisance d'effectifs.

460 > Si une personne est mise sur la LEPND, il n'y a personne pour la remplacer. Cela provoque beaucoup de ressentiment. Actuellement, l'épuisement augmente [et] ... si la situation n'est pas résolue, nous allons avoir encore plus de personnes épuisées et en congé de maladie parce qu'elles sont simplement trop fatiguées. Il y a une faille dans le système qui était censé nous aider.

461 En fait, le ressentiment provoqué par l'augmentation des charges de travail, qui est due à l'absence des membres placés sur la LEPND, a été un thème souvent abordé par beaucoup de membres des FC interrogés par l'équipe d'enquête. Ils perçoivent le SSPT comme une excuse permettant d'éviter de travailler et de quitter l'armée avec des indemnités maximum. Comme l'a exprimé un professionnel de la santé, « en ce moment tout ce que les gars voient, c'est un congé avec un gros chèque de pension ».

462 Dans le même ordre d'idée, certains voient le SSPT comme un moyen commode d'éviter une punition pour inconduite ou d'obtenir des indemnités auxquelles les autres n'ont pas droit. D'autres membres des FC pensent que ceux chez qui on diagnostique le SSPT sont simplement des « faux malades », ou qu'ils simulent délibérément les symptômes d'une maladie pour échapper à leur mission.

463 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont souvent entendu dire qu'on soupçonnait les membres des FC atteints de SSPT de « faire semblant » pour en retirer un avantage personnel. Un officier subalterne a déclaré que, selon lui, 75 pour cent de ceux chez qui on a diagnostiqué le SSPT en simulent les symptômes. Cependant, plusieurs personnes ont exprimé l'avis que ce serait une folie de simuler le SSPT étant donné l'hostilité et le rejet qu'il provoque. Un commandant supérieur a dit croire que quiconque simule le SSPT doit effectivement avoir un très grave problème de santé mentale, étant donné le rejet, la stigmatisation et les autres difficultés que ceux qui sont atteints du SSPT subissent. Il n'essayait pas du tout de faire de l'humour.

464 Un soldat qui continue d'exécuter son travail d'une façon exemplaire, bien qu'atteint du SSPT, a répété quelques commentaires amers qu'il avait entendus :

465

> Je suis particulièrement préoccupé par l'attitude des membres des Forces, en particulier chez mes pairs, à l'égard de ceux qui sont atteints du SSPT. J'ai entendu des commentaires comme « Roméo Dallaire est la pire chose qui soit arrivée aux Forces » ou bien « Je parie que si on regarde la LEPND ou la liste d'attente, chacun de ceux qu'on y trouvera est un soldat en dessous de la moyenne. Ils font tout simplement semblant d'être malades. C'est une bonne manière d'obtenir une pension ».

466 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré des membres des FC qui avaient reçu un diagnostic positif de SSPT et qui, de façon très compréhensible, craignaient d'être classés dans la même catégorie que les membres qui abusent du système; ils étaient tout aussi désireux que les autres de voir les faux malades identifiés et punis; cette remarque est typique : « Si un type ne dit pas la vérité, ne laissons pas une mauvaise pomme pourrir tout le panier. » Ou, comme l'a exprimé un autre membre actif aussi atteint du SSPT, « ne créons pas un système dans lequel tous ceux qui ont un problème de discipline, d'alcool ou autre peuvent prétendre qu'ils sont atteints du SSPT parce qu'ils sont allés en Bosnie il y a 10 ans ».

467 En fait, le danger d'abus généralisé du système semble minime. Les enquêteurs de l'Ombudsman se sont fait dire par des professionnels de la santé expérimentés que très peu de patients feignent le SSPT. Une psychiatre militaire a indiqué qu'elle avait des soupçons sur environ un ou deux pour cent seulement des membres qui présentaient des symptômes de SSPT ; d'autres sources ont fourni

des évaluations identiques. Une autre psychiatre militaire a souligné que ses patients minimisaient leurs symptômes plus souvent qu'ils les exagéraient. Elle pensait que ceux qui refusent d'admettre l'existence du SSPT peuvent eux-mêmes avoir des problèmes qu'ils ne sont pas disposés à admettre. Un autre psychiatre avec de nombreuses années d'expérience en matière de SSPT a exprimé le même avis. Les enquêteurs ont eu des preuves anecdotiques d'autres sources que certains de ceux qui niaient le plus fort que le SSPT soit une maladie véritable ont ultérieurement reçu un diagnostic positif.

468 Les enquêteurs ont parlé à l'épouse d'un membre des FC atteint du SSPT et qui avait eu beaucoup de contacts avec d'autres membres des FC atteints du SSPT et leur famille. Elle a reflété la frustration que ces membres et leur famille ressentent quand ils sont accusés d'exagérer leur maladie pour en tirer un avantage.

469

> C'est de là que vient tout le malentendu. « Oh attrapons le SSPT, gagnons tout cet argent et quittons l'armée. » Ils ne veulent pas quitter l'armée. Ils veulent leur travail. Ils veulent leur vie. Ils veulent leur famille. Mais certains n'en sont pas capables. Quatre-vingt-dix pour cent d'entre eux travaillent toujours, mais cela n'est écrit nulle part de toute façon. Il y en a seulement environ 10 pour cent qui ne sont pas capables de travailler. Le reste d'entre eux vont travailler chaque jour et sont traités comme... On les évite et on ne leur donne aucune responsabilité. C'est de la foutaise. Ce sont des êtres humains.

470 Néanmoins, les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré ceux qui, dans la chaîne de commandement, croient que cela pourrait valoir la peine de simuler les symptômes du SSPT. Le commentaire suivant a été fait par un officier commissionné qui, une fois dans le passé, avait agi comme superviseur dans la chaîne de commandement du cpl McEachern :

471

> ... on peut ouvrir n'importe quel manuel de psychologie en ce moment et il indiquera tous les symptômes du syndrome de stress post-traumatique ou de n'importe quel autre trouble psychologique ... et on a une très bonne chance de les convaincre qu'on en est atteint.

472 Il y a peu de preuves que la « simulation » soit plus répandue au sein des FC que dans la population en général. Les enquêteurs de l'Ombudsman sont entrés en contact avec la Commission de la

sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) à Toronto pour connaître le taux de revendications abusives faites par des individus pour maladie ou blessure. La Direction des statistiques de la CSPAAT ne tient pas ce genre de données, mais Wayne Pushka, le Directeur-adjoint du Bureau des enquêtes spéciales, a fourni des informations pertinentes. En fait, il s'avère que la plupart des enquêtes sur des revendications abusives sont contre des employeurs. Sur les 2 600 à 3 000 enquêtes (la plupart contre des employeurs) et les centaines de milliers de déclarations de sinistre faites chaque année, 76 accusations ont été portées contre des individus pour revendications frauduleuses en 1998, 127 en 1999, et 135 en 2000. Cependant, ces chiffres n'indiquent pas le genre de fraude; la plupart sont pour « changement matériel de condition » tandis que « très peu » sont pour avoir entièrement simulé des blessures, selon M. Pushka. Il a fait quelques commentaires sur les idées fausses que les gens ont au sujet de la maladie ou des blessures, comme croire que si une personne ne peut pas travailler, elle n'est capable d'aucune activité (des gens appellent pour dénoncer un voisin qui tond sa pelouse alors qu'il perçoit des indemnités pour incapacité de travail, sans comprendre que le seul fait qu'une personne ne puisse pas faire un travail particulier n'élimine pas nécessairement d'autres activités).

473 Pourtant, malgré la preuve irréfutable que « l'abus du système » n'est en aucun cas sérieux, la perception selon laquelle la simulation des symptômes du SSPT est largement répandue demeure une préoccupation importante dans la communauté militaire. Cette perception a probablement été la mieux résumée dans une lettre envoyée au *Edmonton Journal* par l'épouse d'un soldat en service, publiée peu de temps après que le Bureau de l'Ombudsman eut annoncé son enquête sur la plainte déposée par le cpl McEachern. La traduction de cette lettre est reproduite ci-dessous.

474 Une vie douce attend les soldats qui font semblant d'avoir des symptômes : argent et services de domestiques entre autres avantages.

475 J'écris en réponse à un article écrit dans votre journal du 14 avril, intitulé le « Dilemme des Casques bleus. Quoi qu'on fasse, on est toujours perdant » (Peacekeepers' Dilemma. Damned if they do. Damned if they don't). Je suis l'épouse d'un soldat qui a servi pendant 16 ans. Il a participé à deux déploiements, en Bosnie et au Kosovo. J'ai écouté les histoires au sujet du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) chez

les militaires et je suis restée silencieuse. Je constate que je ne peux plus le faire. Je n'essaye pas de nier le fait que certains soldats ont vu des choses horribles en mission. Je ne peux même pas commencer à l'imaginer. Je ne discuterai pas si le SSPT existe vraiment ou si c'est le produit de la culture moderne. Je ne suis pas une psychologue.

476 J'admets être une de ces personnes qui éprouve du ressentiment et du dégoût quand j'entends encore une autre histoire de soldat qui souffre de ce trouble vague. Le Dr Wendy White, chef de clinique du Centre de soutien pour trauma et stress opérationnel, pose elle-même la question dans votre article : pourquoi un soldat feindrait-il le SSPT?

477 Elle a raison. Ils doivent faire face au mépris de leurs pairs. Cependant elle donne l'impression qu'il est très peu probable que quelqu'un fasse semblant. Permettez-moi d'en douter. Il existe un très gros enjeu que votre article oublie de mentionner et c'est une des principales raisons pour laquelle quelqu'un pourrait feindre ce trouble – l'argent. Revendiquer le SSPT c'est se brancher à une énorme vache à lait. Assoyons-nous confortablement et observons certains découvrir qu'ils sont atteints du SSPT. Le ministère des Anciens Combattants se met alors à injecter de l'argent – beaucoup d'argent – et des services. Voilà donc notre soldat qui se repose, recevant sa paie militaire régulière, plus une indemnité médicale, et parfois même les services de domestiques par l'entremise du ministère des Anciens Combattants. Certains soldats se voient ainsi offrir un congé médical pouvant aller jusqu'à deux ans; des vacances – payées – pendant deux ans.

478 Pendant ce temps, mon mari s'est retrouvé loin de sa famille pendant 14 mois. Suis-je un peu amère? Et comment je le suis!

479 Selon le manuel militaire de premiers soins, écrit conjointement par l'Ambulance Saint-Jean et le ministère de la Défense nationale, « la clé pour aider une victime du stress (SSPT) est de la maintenir proche des bruits et de l'action du front de sorte qu'elle ne perde pas le contact avec son unité, avec son travail et avec sa dignité ».

480 Un congé n'est donc pas la solution car ça ne fait qu'aggraver le problème. Un soldat pourrait se voir confier un travail de garnison dans lequel il serait capable de fonctionner, plutôt que se fixer sur des problèmes émotifs, sans but bien précis. Ceci permettrait d'alléger une partie du ressentiment éprouvé par ses pairs, tout en lui donnant le sentiment de toujours appartenir au groupe.

481 N'oublions pas de mentionner le fait que, quand des soldats sont incapables d'une tâche régulière, les autres doivent boucher les trous. Les tâches augmentent, tout comme le temps passé loin de la maison et la pression causée par l'insuffisance d'effectifs. Ne pensez-vous pas que cela seul suffit à causer du ressentiment, de la frustration et de la colère? Pourquoi n'entendons-nous parler que du soldat atteint du SSPT? Que diriez-vous du personnel des services médicaux, des conducteurs d'ambulance, des médecins, des sapeurs-pompiers et des policiers? Des gens qui traitent quotidiennement avec la vie et la mort? La nouvelle armée plus gentille et plus douce a des soldats qui sont presque convaincus de souffrir du SSPT avant même de partir en mission.

482 À cause de l'intérêt des médias pour ce sujet, les soldats sont presque convaincus qu'ils devraient en être atteints. Prophétie qui se réalise pour certains? Peut-être. Peut-être est-il temps d'examiner de plus près ceux qui déclarent souffrir. Peut-être les cordons de la bourse doivent-ils être resserrés afin de décourager ceux qui ne pensent qu'à l'argent. Ce sont des services médicaux, et non pas de l'argent, qui aideront ces personnes à se rétablir.

483 Ce sont les soldats qui feignent le SSPT qui causent la méfiance et le ressentiment envers les autres. Personne ne pourrait quitter un endroit comme la Bosnie et le Kosovo sans en garder des cicatrices. Je suis certaine qu'il y a des hommes et des femmes qui souffrent réellement du SSPT ou de « réactions normales à la douleur humaine ». Je crois également qu'il y en a qui font semblant.[10]

484 Cette lettre a provoqué une réaction considérable dans la communauté militaire. Il est significatif de voir que beaucoup de

[10] *Edmonton Journal.* 18 avril 2001, page A17.

membres de la chaîne de commandement du SOFT, y compris le cmdt de l'époque, ont exprimé au Conseiller spécial de l'Ombudsman sur le SSPT leur consternation à propos du contenu de cette lettre; ils ont trouvé des failles importantes dans le point de vue de son auteure. Un soldat chez qui on avait diagnostiqué le SSPT a résumé ses sentiments comme suit, après avoir lu la lettre :

485

> Merci. Maintenant, je vais me tuer parce que je ne représente plus qu'une perte de rations et un fardeau pour le système. Je ne suis pas un être humain méritant le même genre de compassion et de compréhension que son mari travailleur sans relâche.

486 Je suis d'avis que plusieurs opinions exprimées dans cette lettre semblent être basées sur une ignorance de la nature du SSPT et de ses traitements les plus efficaces. Malheureusement, les enquêteurs de l'Ombudsman ont aussi entendu parler de situations dans lesquelles la chaîne de commandement n'a pratiquement rien fait pour réfuter ces attitudes. Un MR supérieur leur a indiqué que, quand il avait évoqué le problème du SSPT devant un capitaine dans son unité, ce dernier aurait dit : « C'est de la foutaise. Ces gars sont des trous de cul. Ils sont là dehors à fourrer le système, tout en ayant des emplois civils. » Dans une autre région du pays, un MR supérieur avec 25 ans d'expérience dans le domaine médical a indiqué aux enquêteurs que « il y en a qui le considèrent effectivement [le SSPT] comme une façon pour les gens de quitter leur travail. Parfois il n'y a pas beaucoup de compassion pour ces gars-là ».

487 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu dire de membres du personnel soignant que la thérapie par le travail peut être une partie importante du processus de rétablissement (le sujet est discuté à la section Traitements dans la partie II du rapport). Dans certains cas, le personnel soignant recommande que l'on donne du travail à des membres placés sur la LEPND qui sont susceptibles d'être libérés comme élément du processus de transition vers la vie civile. Le plus souvent, les individus sont inscrits à des cours pédagogiques ou professionnels pour les préparer à leur libération. Les symptômes de ces membres sont tels qu'ils ne sont pas capables mentalement de fonctionner dans un environnement militaire. Dans quelques cas, les membres sont encouragés à travailler dans le cadre du processus de réhabilitation.

488 Au cours de cette enquête, des membres militaires ont souvent exprimé un fort ressentiment de voir des soldats travailler dans des emplois civils alors qu'ils sont sur la LEPND. Ils semblent croire que

les soldats assez bons pour travailler en ville devraient travailler dans l'unité. Comme un MR supérieur l'a dit :

489

> Ce que certains de ces soldats font sur la LEPND est qu'ils ne viennent pas travailler. Ils restent à la maison. Ils font juste ce qu'ils ont envie de faire. S'ils ne se sentent pas en état d'aller travailler, ils téléphonent à quelqu'un au-dessus d'eux et disent. « Je ne me sens pas trop bien aujourd'hui, je ne viens pas. » Et alors ils vont travailler en ville ... [et] je vais vous dire quelque chose : d'un point de vue de soldat, c'est un point majeur parce que les soldats sont des soldats. Ils ne veulent pas voir quelqu'un obtenir quelque chose pour rien. Ils se sentent désolés pour l'individu, pour la situation dans laquelle il est et ils espèrent qu'il obtiendra de l'aide, mais pour l'amour de Dieu on ne peut pas laisser quelqu'un toucher 45 000 $ par an et se reposer à la maison en regardant la télévision ou retirer 45 000 $ de l'armée et aller travailler en ville comme videur dans un bar ou aller s'occuper de ses propres affaires pendant la journée ... S'ils sont payés pour ne rien faire mais vont travailler quelque part ailleurs, alors c'est fou. C'est un gros objet de litige chez les soldats parce qu'ils savent que ça se passe et qu'ils le voient faire.

490 Un autre MR supérieur a fait le commentaire suivant :

491

> ... ils [les soldats] ne peuvent pas comprendre que nous ayons des individus sur ces listes [LEPND] pour syndrome de stress post-traumatique qui ne peuvent pas travailler à titre militaire alors qu'ils peuvent travailler à un autre titre – ils peuvent obtenir un autre travail en ville. Les soldats ne comprennent pas cela. C'est presque comme frauder l'aide sociale, frauder le chômage.

492 Dans une unité à Edmonton, la chaîne de commandement a demandé au SNE de faire une enquête sur les activités professionnelles extérieures d'un soldat, en raison des soupçons de simulation de son incapacité. Le soldat avait eu un diagnostic positif de SSPT et était en traitement. Il avait un passe-temps qu'il avait transformé en petite entreprise commerciale, bien qu'il n'ait tiré aucun bénéfice net de cette affaire. La travailleuse sociale clinicienne qui le traitait pour le SSPT alors qu'il était en congé lié au stress l'avait encouragé à développer son entreprise. Elle jugeait thérapeutiquement salutaire qu'il s'implique dans une activité qui l'empêcherait de se fixer sur son état et lui permettrait d'augmenter

sa confiance en lui et son interaction sociale. Le soldat avait déjà demandé et reçu l'approbation de son cmdt pour poursuivre cette entreprise. Cependant, un nouveau cmdt, et par la suite un adju, ont chargé la PM d'enquêter sur l'activité commerciale. Le SNE a donc mis le soldat sous surveillance, chez lui et à son entreprise. On lui a dit que s'il souhaitait venir à la base, il devrait se présenter au bureau pour obtenir une passe de visiteur. Après de nombreuses plaintes de la part du soldat, l'enquête a été arrêtée et le soldat a reçu une lettre d'excuses du nouveau cmdt, indiquant qu'il n'avait pas lu le dossier personnel du soldat et ignorait ainsi que la permission avait été accordée pour l'entreprise.

493 L'ancien commandant de peloton du cpl McEachern a dit que certains considèrent les soldats qui travaillent alors qu'ils sont sur la LEPND comme de faux malades et sont offusqués de les voir apprécier ce qui est perçu comme la belle vie sur la LEPND.

494 Les gens sont intelligents et je sais que des gens ont abusé du système d'autres manières. Il y en a qui ont fait des réclamations frauduleuses. Ils ont menti pour obtenir une mission outre-mer. Alors qu'est-ce qui pourrait les en empêcher [de simuler le SSPT]?

495 Vous combinez cela avec le fait que d'autres gars ont participé au même déploiement; tout le monde sait qu'il ne s'est rien passé lors de ce déploiement ou que, en tous cas, ce gars-là n'a jamais été impliqué dans un incident; pourtant, on diagnostique chez lui le syndrome de stress post-traumatique. Alors les gars commencent à se poser des questions.

496 Ajoutez à cela que ces gars peuvent exercer une activité. Ils sont à l'extérieur vivant leur vie dans un environnement social, buvant et dépensant tout cet argent qu'ils ont reçu de l'armée parce qu'elle les paye pendant qu'ils sont en congé lié au stress. Oui, le ressentiment va en augmentant.

497 Mon inquiétude est que les gens qui en souffrent vraiment vont dès maintenant se voir soupçonnés de frauder le système. C'est une chose d'être en congé pour raisons de stress, d'aller en consultation et peut-être de rester à la maison ... Quand un type mène une vie normale, tous les jours au vu des autres, ils finissent par se poser la question : « Qu'est-ce qu'il a ce type? Je croyais qu'il souffrait de stress. »

498 Un psychiatre interviewé par les enquêteurs a expliqué la réaction négative de beaucoup de militaires comme une manière de prendre ses distances par rapport à la perspective du SSPT :

499 > D'un point de vue psychiatrique, ce qu'ils font est de trouver des torts à l'autre personne afin de s'en distancer et de pouvoir dire « cela ne m'arriverait jamais à moi ». C'est fondamentalement ce qui se passe. Parfois j'ai un peu de mal à me le rappeler.

500 Apparemment, ceux qui ont plus d'expérience sur le terrain tendent à être plus compréhensifs et sympathiques pour les membres atteints de SSPT parce qu'ils admettent que cela pourrait leur arriver à eux aussi (« Dieu m'en garde! »). On a suggéré que les membres des FC plus jeunes et moins expérimentés – ceux qui sont plus influencés par l'image traditionnelle virile de ce qu'est un bon soldat – ont tendance à être les plus durs avec ceux qui sont atteints du SSPT. On a également avancé que dans l'infanterie on ne tolère aucune blessure, incluant les troubles psychologiques, même s'ils sont diagnostiqués chez des pairs. Un caporal chef a dit :

501 > Dans l'infanterie, l'analogie que j'utiliserais est la meute de loups. Tout va bien tant qu'on court avec la meute. Dès qu'on commence à saigner ou à boiter, alors ils nous sautent dessus, 'ils' étant le commandement, les plus haut gradés, les MR.

502 Les entrevues avec des représentants d'armées étrangères ont confirmé que ce ressentiment des militaires à l'égard de leurs pairs atteints du SSPT est aussi un problème dans les autres armées parce qu'on pense que ces derniers abusent du système.

Impact du manque de personnel

503 Dans un climat de pénurie de personnel, ceux qui ne font pas toute leur part s'attirent le ressentiment des autres, surtout si leur maladie n'est pas physiquement visible – comme cela a souvent été souligné, ni analyse sanguine ni radiographie ne peut prouver l'existence de la maladie. Il en résulte, au sein des FC, un sentiment largement répandu selon lequel ceux qui souffrent de troubles liés au stress « simulent les symptômes ». Beaucoup de soldats atteints de SSPT tendent naturellement à se sentir coupables de laisser tomber l'équipe, attitude qui empire beaucoup le problème.

504 Le manque de personnel au niveau des unités aggrave le stigmate associé aux troubles liés au stress, à cause du ressentiment de ceux qui restent devant l'augmentation de leur charge de travail, à moins que l'unité puisse obtenir des remplaçants.

505 Comme nous en avons discuté dans la présente section, nous avons constaté qu'il est, grosso modo, dans l'intérêt de tous – les unités, les FC en général et les soldats atteint du SSPT – de garder ces derniers aussi près de leur unité que possible; ils ne devraient être placés sur la LEPND qu'en tout dernier recours. Beaucoup d'individus interviewés par les enquêteurs ont dit que le ressentiment à l'égard de ceux qui sont placés sur la LEPND serait probablement réduit s'ils pouvaient rester dans leur unité et y faire « des travaux légers » sans que cela soit pris en compte dans le calcul de l'allocation en ressources humaines de l'unité. En d'autres termes, des membres atteints du SSPT pourraient rester dans leur unité et continuer d'y travailler tout en maintenant une allocation de remplacement. Une personne a commenté, cette approche :

506

> ... enlève l'excuse du négativisme. Ça ne supprime pas la frustration car je dois encore trouver un classe C. Je dois encore trouver des remplaçants et les entraîner. Ils ne sont pas aussi familiers mais au moins j'ai quelqu'un. Si je pouvais également garder le soldat atteint du SSPT dans l'unité, ils ne travaillent qu'à temps partiel ou même un seul jour par semaine, mais je ne les perds pas complètement et j'ai une personne en plus pour aider.

507 Ce Bureau est préoccupé par de nombreux rapports selon lesquels les gens sont tellement débordés de travail, dans les unités, qu'ils sont simplement trop occupés pour maintenir un véritable contact avec les membres placés sur la LEPND. Cela peut expliquer comment les unités manquant d'effectifs et surchargées négligent de maintenir le contact avec leurs membres placés sur la LEPND, mais cela demeure tout à fait inacceptable.

Hésitation des membres à chercher de l'aide

508

> Peut-être que la chose la plus dure est de convaincre les gars de se faire connaître. Si on parvient à leur rendre cette démarche aussi facile que possible, alors on pourra vraiment les mettre sur la voie du rétablissement.
>
> Membre de FC

509 Un grand nombre de membres qui présentent des symptômes de SSPT sont peu disposés à se faire soigner parce qu'ils ont perdu confiance dans les FC. L'enquête a démontré qu'un diagnostic et un traitement précoces du SSPT sont des éléments essentiels dans le succès du traitement. Pour favoriser une détection et une intervention précoces, il est essentiel que tous les membres des FC connaissent et puissent identifier les symptômes du SSPT; il est tout aussi primordial qu'ils fassent confiance aux FC, en particulier à leur chaîne de commandement et à leurs pairs, pour les traiter avec sympathie et respect.

510 La crainte de révéler des symptômes de SSPT est dominante dans toutes les FC. Les soldats sont très conscients de ce qui est arrivé aux camarades qui ont eu un diagnostic positif de SSPT; la plupart ne sont pas encouragés par ce qu'ils ont vu. En fait, les enquêteurs de l'Ombudsman ont parlé à de nombreux membres des FC qui disaient avoir des problèmes causés par le stress, mais qui hésitaient à demander de l'aide, parce qu'ils avaient perdu confiance après avoir constaté comment leurs camarades étaient traités. Comme un soldat l'a dit :

511

> Si on aborde quelqu'un et lui dit, « J'ai le SSPT » ou « Je pense que je suis vraiment stressé; je traverse une passe difficile », la prochaine chose qu'on sait, c'est qu'on se retrouve dans le bureau et qu'on est retiré de son unité d'origine. On nous expédie à Halifax. On nous donne des médicaments. Ils enfilent leur blouse blanche pour nous parler. L'étape suivante est le chemin de la sortie de l'armée. Qui nourrit nos enfants? Qui paye notre loyer? Qui s'assure que nos enfants vont au collège? Personne ne veut ça. Ils vont se battre comme des diables pour rester et vont éviter chaque hôpital qu'ils trouveront sur leur chemin. Je vous garantit qu'il y en a un paquet, en ce moment, qui font exactement comme je viens de vous dire ... Personne ne veut s'avancer et avouer qu'il « est malade ». Il y en a beaucoup, là dehors, qui souffrent mais restent anonymes; ils ne seront donc pas soignés.

512 Un membre qui est traité avec succès pour le SSPT nous a dit qu'il n'avait pas mentionné à ses pairs qu'il se faisait soigner pour le SSPT parce que s'il l'avait fait, « ses jours [comme soldat] seraient terminés ». Il a cité des commentaires qu'il avait entendus au sujet des soldats atteints du SSPT et qui étaient la raison de son hésitation; des commentaires comme, « le SSPT est une carte de libération de prison ».

513 Un membre supérieur du personnel soignant a noté un rapport entre les attitudes dominantes et le manque d'encouragement de la chaîne de commandement pour inciter les personnes présentant des symptômes de SSPT à se faire connaître et soigner :

514

> Qu'ils s'en rendent compte ou non, le message que ces dirigeants envoient est une sérieuse dissuasion pour les subalternes à identifier un problème et à demander de l'aide. Par exemple, bien que les travailleurs sociaux, les psychologues et le personnel soignant en santé mentale n'aient aucune autorité et n'accordent pas de congé lié au stress, nous, on se moque de nous parce que nous en accordons – il n'y a rien de pire pour décourager un membre de dévoiler qu'il souffre de symptômes causés par le stress que d'entendre son OPC rire de ceux à qui sont accordés un congé de maladie dû au stress et du personnel soignant qui le leur accorde. Le 'congé lié au stress' est employé par ces personnes avec la même connotation négative que 'politiquement correct', avec en plus le message selon lequel c'est une atteinte aux FC/la mission/le bon ordre et la discipline, etc. qu'on doit éviter si on ne veut pas donner l'impression de ne pas être loyal et engagé à 100 pour cent.

515 La majorité des soldats auxquels les enquêteurs ont parlé croient que les FC préfèrent libérer rapidement les soldats qui ont des problèmes médicaux plutôt que d'essayer de les aider à se rétablir et que le principe d'universalité du service exige qu'ils puissent être déployés ou qu'ils quittent le service. Selon un soldat, quand il a demandé l'aide d'un travailleur social de secteur, on lui a dit que s'il demandait un congé lié au stress, cela signifierait la fin de sa carrière. À son retour de congé lié au stress, son adjt l'a décrit comme un de ces « malades boiteux et paresseux ». Intentionnellement ou non, les FC ont créé une image de « soldat jetable », dans l'esprit de pratiquement tous les soldats à qui les enquêteurs ont parlé – lorsqu'on est fêlé, on est jeté. Les FC sont très conscientes de ce problème comme en font foi les *Directives du CEMD 2001 aux commandants* :

516

> C'est ... l'attitude selon laquelle la maladie mentale est plus ou moins volontaire et c'est un signe de faiblesse personnelle ou de manque de fibre morale. Cette attitude incite parfois les gens qui souffrent de troubles mentaux à cacher leurs symptômes et à ne pas demander l'aide appropriée. Dans le contexte militaire, il y a également la crainte qu'un diagnostic de troubles mentaux pourrait avoir des répercussions

> sur la carrière. L'accès au traitement peut être perçu comme un jeu de hasard ... Malheureusement, le stigmate lié à la maladie mentale pousse encore des membres des FC à retarder le traitement.

517 Selon un MR supérieur interrogé par les enquêteurs :

518

> Il n'y a probablement pas une seule unité en ce moment, dans les Forces armées, qui n'a pas une histoire d'horreur dont les soldats se souviennent et qui parle d'un de leurs pairs ou de leurs superviseurs, que ce soit un MR supérieur, un officier ou un jeune soldat, qui s'est fait passé à tabac parce qu'il souffrait de symptômes de SSPT. [Ils] ont vu ce soldat se faire humilier, mettre en pièces, rejeter, peu importe, dans leur unité, par leur chaîne de commandement ... [Ces] soldats ont vu l'humiliation qu'un camarade a subie au sein de l'organisation. Qu'il s'agisse d'un ami ou pas, ils ont été les témoins des railleries qu'il a eu à supporter au sein du système; et voilà, une atmosphère de méfiance s'est installée. Une partie de cette méfiance vient du fait que des personnes en position d'autorité n'ont pas pris au sérieux les craintes du soldat et ont décrété que « ce type est un peu fou », et aussi en raison de problèmes administratifs ... Ils ont assisté à ça; ainsi vous avez provoqué de la méfiance dans le système. Un leadership médiocre a provoqué de la méfiance.

519

> Ces hommes sont peu disposés à se faire connaître et ils craignent probablement que la même chose leur arrive ... [Toutes] ces unités ont des histoires d'horreur dans lesquelles des membres de leur unité, très respectés parfois, ont été soudainement mis de côté parce qu'ils souffraient de troubles mentaux.

520 La réticence des membres à se faire soigner, réticence qui peut durer parfois des années, apparaît tout à fait justifiée. Un soldat a dit :

521

> Je ne peux le dire à personne parce que c'est honteux. C'est un signe de faiblesse. Ça ne serait pas accepté. Je savais qu'aucun de mes camarades ne l'accepterait comme maladie.

522 Hormis la crainte de perdre leur travail, les membres ne sont pas disposés à accepter l'idée qu'ils peuvent avoir une maladie mentale. Dans la population en général autant que dans les FC, le stigmate

attaché aux maladies mentales en rend l'acceptation difficile, comme on l'a déjà indiqué dans le rapport.

523 Un soldat, qui a dit aux enquêteurs avoir marché par inadvertance sur les visages d'enfants morts pendant une opération de sauvetage, reconnaît qu'il ne peut pas se résoudre à admettre qu'il est malade; il s'est posé la question « Suis-je simplement un lâche? ». Sa perception n'est pas inhabituelle. Beaucoup de membres des FC ne peuvent simplement pas concevoir qu'ils peuvent souffrir de troubles mentaux; les membres des armes de combat, et particulièrement des compagnies de carabiniers, sont particulièrement bloqués face à cette éventualité. Comme nous l'a dit un MR supérieur, « Je ne me suis jamais fait avoir par quiconque et j'étais là, avec un problème de santé mentale. Les soldats ne sont pas censés avoir ce genre de problème ».

524 Beaucoup de membres chez qui on avait diagnostiqué le SSPT ont parlé aux enquêteurs de mois ou d'années pendant lesquelles leurs symptômes ont augmenté en sévérité : abus de drogues, baisse de rendement au travail, incapacité de contrôler leurs émotions et surtout colère. Plusieurs ont parlé de tentatives de suicide. Ils n'ont pas cherché à se faire soigner jusqu'à ce que leur conjoint ou parfois leurs enfants leur posent un ultimatum. Les membres du personnel soignant auxquels les enquêteurs ont parlé a confirmé cette hésitation extrême. Un professionnel avec beaucoup d'expérience dans les ressources des familles de militaires a confirmé que les victimes du SSPT « ne demandent pas d'aide jusqu'à ce que leur épouse quitte la maison en emmenant les enfants ». Une citation d'un soldat illustre bien ce fait :

525

> La raison première pour laquelle je suis allé chercher de l'aide, c'est parce qu'un jour je suis revenu de travailler et, arrivé à la maison, je me suis assis sur la marche. J'avais souvent ce genre de symptôme. Je ne comprenais pas ce qui se passait. Je m'assoyais juste là et je me mettais à pleurer. Ce jour-là, ma petite fille s'est approchée de moi, m'a entouré de ses petits bras en me disant « Ne t'en fais pas papa, ça va s'arranger ». Je l'ai regardée et je me suis dit « Je m'en fous, l'armée ne signifie plus rien pour moi. Je vais me faire soigner pour ce petit bout d'chou », parce qu'elle a besoin d'un papa.

Manque de confiance dans les FC

526 Les membres qui hésitent à se faire connaître pour obtenir de l'aide lorsqu'ils ressentent des symptômes de SSPT manquent clairement de confiance envers les FC. La perception qu'ont les autres du traitement que l'organisation réserve à ceux qui se sont fait connaître a aussi endommagé leur confiance. La déclaration du cpl McEachern, ci-dessous, extraite de son entrevue avec les enquêteurs de l'Ombudsman et selon laquelle il a perdu foi dans le système, est partagée par beaucoup d'autres chez qui le SSPT a aussi été diagnostiqué :

527

> Il faut que vous compreniez à quel point ces types ont leur voyage ... J'ai parlé aux gens que je connais, mais ils en ont tous tellement assez du système qu'ils veulent simplement quitter l'armée et rentrer chez eux. Ils ne veulent rien avoir à faire avec qui que ce soit. Je ne vois pas quel bien vous allez pouvoir tirer de tout ça s'il n'y a que moi qui parle, parce qu'ils ont tous peur. Ils ont peur de perdre leur travail; ils s'inquiètent de la façon dont ils vont soutenir leur famille. Ils ont peur de la façon dont ils vont se réadapter à la vie civile, après avoir souffert du SSPT. Ils sont humiliés et abandonnés par le régiment. Le système régimentaire est là pour aider les soldats à faire la guerre. Tout le système repose sur un soutien et un entourage familiaux pour les soldats qui doivent traverser des périodes difficiles. Souvent, quand les soldats émergent d'environnements difficiles, voilà sur quoi ils tombent [retombent], le système régimentaire, l'honneur régimentaire, le drapeau, ceux qui sont morts pour le drapeau, l'honneur. « OK, nous savons que vous êtes malade; nous allons prendre soin de vous ». Rien de tout ça n'existe ici. Le sens de la famille régimentaire n'existe plus. C'est chacun pour soi et on part en emportant ce qu'on peut.

528 Les enquêteurs ont noté, parmi les membres atteints de SSPT, de l'amertume, de la colère et un sentiment de trahison dus à la manière dont ils ont été traités, en particulier chez les membres des régiments dans lesquels on avait beaucoup insisté sur la notion 'de famille régimentaire' qui prend soin des siens contre vents et marées.

529 Comme ce rapport le souligne ailleurs, la majorité des membres, chez qui le SSPT a été diagnostiqué étaient considérés comme des soldats au-dessus de la moyenne, profondément engagés dans leur carrière. Ils étaient aussi particulièrement attachés à leur unité. Le

manque de confiance qu'ils ont manifesté à l'égard des FC tend à se concentrer sur leur unité, plutôt que sur le système de santé.

Résumé et recommandation

530 En conclusion, l'amélioration des attitudes au sujet du SSPT est un problème de commandement à tous les niveaux. Un des principes les plus fondamentaux et une des priorités de tout commandement militaire est le bien-être au sein de l'armée. La *Directive du CEMD 2001 aux commandants* souligne le rôle des dirigeants qui est de créer et d'encourager des attitudes positives à l'égard des membres qui souffrent de troubles mentaux :

531

> La première chose est la nécessité de créer une culture dans laquelle les gens souffrant de troubles mentaux sentent qu'ils peuvent accéder sans risque aux soins de santé et qu'ils sont encouragés et appuyés dans leur retour à un fonctionnement normal. Les membres des FC doivent avoir une attitude 'gagnante' et une certaine solidité mentale pour accomplir leurs tâches. Cependant, il faut bien comprendre qu'une maladie mentale (contrairement à l'inconduite) n'est pas un signe de manque de fermeté, ni de ténacité mentale. La maladie mentale est un problème qui, s'il est corrigé, permettra à un soldat de revenir à un niveau de fonctionnement normal. Une étape vers la solution est de créer une culture dans laquelle les membres de l'unité sont éduqués sur les effets du stress et les symptômes de troubles mentaux, et dans laquelle on leur précise clairement que la meilleure manière de faire face à ce type de problème est de l'attaquer de front et d'utiliser toutes les ressources disponibles pour régler le problème. Les cmdt peuvent jouer un rôle majeur en encourageant cette culture dans leur unité.

532 Aujourd'hui, au sein des FC, un défi majeur du haut commandement est de faire en sorte que tous les membres de la chaîne de commandement comprennent ce qu'est le SSPT et apprennent à y faire face.

533 Il semble qu'il y ait, dans certains milieux, une inquiétude selon laquelle reconnaître ou traiter le SSPT aggraverait la situation d'une manière ou d'une autre. Lors des échanges avec de nombreux membres des FC de tous les grades, les enquêteurs de l'Ombudsman se sont heurtés à l'idée que parler du SSPT

augmente effectivement l'incidence du problème. Un membre de la chaîne de commandement a prétendu que les gens qui parlent de SSPT et posent des questions à ce sujet augmentent la prévalence du SSPT dans le système. Ou bien, comme un MR supérieur l'a exprimé : « Je pense que ce qui nous est arrivé, dans l'armée, au cours des années, est que nous courons après les problèmes et que nous imposons ces problèmes à nos soldats. »

534 Esquiver un problème médical qui existe depuis des siècles par crainte de risquer de créer ou de propager le SSPT chez les membres des FC n'est pas une ligne de conduite viable ni souhaitable. Cela suppose que les membres des FC ne sont pas capables de faire face à la vérité au sujet du SSPT et sous-estiment les ressources des hommes et des femmes des FC. Je n'ai aucune preuve que le fait d'instruire les membres des FC sur le SSPT en augmenterait l'incidence ; instruire les membres devrait encourager ceux qui hésitent encore à demander de l'aide à se faire connaître. Ignorer le problème et espérer qu'il disparaîtra tout seul nuit à ceux qui sont atteints du SSPT et nuit finalement aux FC. À mon avis, se cacher la tête dans le sable est une approche potentiellement désastreuse devant un problème tout à fait gérable.

535 Finalement, il est important de combattre l'opinion répandue dans certains milieux selon laquelle les membres atteints du SSPT sont des individus faibles, qui n'ont pas la ténacité qui fait les bons soldats. Rien ne pourrait être plus faux. Comme nous l'avons noté ailleurs dans ce rapport, la plupart des soldats rencontrés au cours de cette enquête, y compris le cpl McEachern, ont été évalués comme des soldats allant de bons à excellents. Un ancien psychiatre des FC l'a confirmé à sa façon :

536

> Comme observation finale – c'est en quelque sorte intéressant parce que j'ai beaucoup travaillé au cours des années avec des personnes atteintes de SSPT. Si vous me demandiez qui je prendrais en mission avec moi, à qui je ferais confiance pour faire le boulot, ce serait la plupart des patients que j'ai traités. Je sais qu'ils peuvent faire le travail. La difficulté est le prix à payer quand ils reviennent à la maison. Le SSPT n'empêche pas nécessairement de faire le travail de soldat. Certains de ces gars sont les meilleurs soldats que vous ne verrez jamais. Mais le prix qu'ils paient en est exorbitant, quand ils reviennent à la maison, retrouvent leur famille et leurs amis, et redeviennent des Canadiens. Le problème est là. Mais si vous me

> demandiez à qui je ferais confiance pour me garder – J'ai toute une poignée de gars que je pourrais sélectionner pour former un peloton et vous savez quoi? Presque tous seraient atteints du SSPT ... J'ai passé presque 22 ans dans l'armée. J'ai passé beaucoup de temps du côté militaire. J'ai vu et connu beaucoup de soldats. Je respecte beaucoup de gens, mais les gens en qui j'ai vraiment confiance sont quelques-uns de ceux que j'ai traités, certains membres du groupe du SSPT, parce que je sais qu'ils feraient le travail et qu'ils prendraient soin de moi. Mais le prix à payer, au retour, serait tel que je ne leur demanderai jamais ça.

537 Le système a une obligation de créer et de développer un environnement dans lequel les membres atteints du SSPT peuvent se rétablir aussi rapidement que possible. Ce devoir commence par le changement des attitudes dans les unité mêmes de ces membres. Il est sûrement difficile de réaliser un tel changement culturel, mais ce n'est pas impossible; par exemple les FC se sont attaquées aux problèmes spécifiques aux sexes et au harcèlement, et elles ont obtenu des résultats encourageants.

538 En résumé, hésiter à commencer un traitement est sérieux car plus vite ceux qui sont atteints du SSPT se font soigner, plus vite ils ont de chance de pouvoir reprendre un travail productif. Comme le rapport le mentionne ailleurs, au moins un psychiatre militaire estime que pour chaque membre des FC qui souffre du SSPT et qui se fait connaître, il y en a peut-être jusqu'à cinq autres qui en ont les symptômes mais ne demandent pas d'aide. Alors qu'il est difficile d'évaluer combien sont atteints mais ne se font pas connaître parce qu'ils n'admettent pas être malades, il est très clair qu'un nombre encore plus grand refusent de se faire soigner parce qu'ils craignent les conséquences que cela pourrait avoir sur leur carrière.

539 La question du ressentiment à l'égard des revenus extérieurs ne peut pas être ignorée, même si nous croyons que relativement peu de membres sont assez en forme pour obtenir un emploi profitable tout en étant traité pour le SSPT. Ce type de ressentiment entretient de manière très préjudiciable le mythe de la simulation du SSPT.

540 Voici une solution possible : lorsqu'un membre des FC ne peut pas accomplir ses tâches, parce qu'il est victime de troubles mentaux et lorsque le médecin traitant ou le fournisseur de soins de santé

mentale a déterminé qu'une activité professionnelle serait thérapeutique, le soldat peut s'engager dans un emploi rémunéré à condition que son salaire ou les autres revenus obtenus soient déduits de son salaire des FC. On a proposé cette solution à plusieurs parties, y compris au soldat mentionné ci-dessus, qui a lancé sa propre entreprise; ce dernier n'avait aucune objection car une telle solution est susceptible d'alléger les perceptions de cumul de pension et de traitement. J'admets toutefois qu'une solution définitive aux problèmes soulevés devrait tenir compte de beaucoup d'autres éléments et implications. Je crois donc que cela mérite que les autorités compétentes du QGDN se penchent très sérieusement sur la question.

541 Je recommande donc que :

4. **Les Forces canadiennes examinent plus en détail la question de la thérapie par le travail pour ceux qui sont placés sur la LEPND, en vue de créer des politiques et des procédures pour gérer équitablement la situation des membres inscrits sur la LEPND et qui reçoivent une rémunération secondaire d'emploi dans le cadre d'un programme de thérapie.**

542 En résumé, les enquêteurs de l'Ombudsman ont trouvé que les attitudes au sujet du SSPT, au sein des FC, confirment beaucoup d'affirmations du cpl McEachern. L'ignorance et le manque de sympathie au sujet du SSPT sont largement répandus dans la culture des FC en général. Il n'est pas étonnant que ces attitudes aient créé un environnement qui a aggravé l'état du cpl McEachern et réduit ses chances de retour à la vie de soldat qu'il aimait. Beaucoup d'autres membres actuels et anciens des FC interviewés par les enquêteurs partagent les perceptions du cpl McEachern et ont dit comme lui.

543 Ce n'est pas vraiment nouveau qu'il y ait beaucoup à faire pour changer les attitudes au sujet du SSPT, au sein des FC. La Commission d'enquête (CE) de Croatie en est arrivée à la même conclusion. On a constaté que, « en général, les membres des FC sont mal informés sur les problèmes de santé mentale et sur les liens qui existent entre santé physique et santé mentale »; on a noté « une ignorance incroyable en matière de santé mentale à tous les niveaux des FC ». La CE a également suggéré qu'une éducation en matière de santé mentale « devrait faire obligatoirement partie de tous les cours de leadership afin de contrer ces attitudes fondées sur l'ignorance. Cette éducation doit

commencer au niveau du leadership ». La CE a recommandé que les FC changent « d'attitudes et améliorent les procédures liées aux problèmes et aux programmes de santé mentale et physique, partout au sein des Forces canadiennes ». L'action recommandée au départ et qui devait étendre, développer et raffiner les programmes de cours dans des domaines cibles devait être terminée pour le 15 septembre 2001. Cependant, le rapport d'étape le plus récent (13 juillet 2001) indique que « la révision des normes communes de qualification et des programmes de formation sont en cours, mais que leur mise en œuvre complète n'aura pas lieu avant 2002 ».

Partie IV : Éducation et formation générales sur le SSPT

544 L'éducation est le catalyseur le plus important de changement d'attitudes au sein des FC, au sujet du SSPT. Sans coordonner une éducation et des programmes de formation pour s'assurer que tous les membres des FC comprennent ce qu'est le SSPT, il sera impossible de changer des attitudes solidement ancrées. Les ordres venant d'en haut, la confiance absolue dans les CANFORGEN ou l'application du code de discipline militaire ne peuvent pas à eux seuls changer les attitudes, bien que je sois d'avis qu'un cas prouvé de harcèlement ou de discrimination à l'encontre de membres atteints du SSPT devrait être traité avec sévérité.

545 Les FC ont relevé des défis similaires, récemment, avec succès. Je pense aux problèmes d'intégration des femmes et du harcèlement sexuel auxquels les FC se sont attaquées en combinant un leadership clair et déterminé à un programme d'éducation et de formation obligatoire. À mon avis, les FC devraient adopter une approche semblable pour s'attaquer aux problèmes reliés au SSPT.

546 Le cpl McEachern a déclaré que la seule éducation ou formation qu'il ait reçue sur le SSPT, pendant toute sa carrière, a été un briefing de cinq minutes en 1994. Bien qu'il y ait eu quelques améliorations depuis, en particulier dans la formation préparant aux déploiements, il reste beaucoup à faire.

547 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont examiné l'éducation et la formation selon trois perspectives différentes. En premier lieu, ils ont examiné ce qui est enseigné aux membres des FC sur le SSPT, dans un contexte général indépendant de tout déploiement, entre le moment où ils s'engagent et le moment où ils prennent leur retraite. L'éducation et la formation générales sur le SSPT sont abordées au début de la présente partie. En second lieu, ils ont examiné l'éducation et la formation additionnelles données aux membres qui sont déployés, avant, pendant et après leur déploiement. La formation et les procédures liées au déploiement sont discutées dans la partie V. En troisième lieu, ils ont examiné la formation et l'éducation que reçoit le personnel soignant (partie VI), un sujet aussi abordé au cours de l'enquête.

Enquête sur l'éducation et la formation dispensées par les FC au sujet du SSPT

548 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont débuté en demandant au cpl McEachern de leur donner son avis sur l'éducation et la formation que les FC fournissent sur le SSPT. Voici ce qu'il leur a dit :

549 L'éducation doit commencer à la base, partout dans l'armée. Elle doit comprendre une formation élémentaire, puis une formation plus sérieuse au niveau des cours de leadership. Actuellement, dans les cours de leadership, on a droit à ce que l'on pourrait appeler une leçon d'environ 40 minutes sur le SSPT et d'autres problèmes médicaux courants dans les armes de combat. C'est une sorte de « fourre-tout ».

550 Comme je l'ai dit, la stigmatisation du SSPT en fait une faiblesse et une grosse plaisanterie, en quelque sorte, qui fait rire tout le monde et bla-bla-bla. Il faut adopter une approche professionnelle, comme le font les services de police. Comment allez-vous faire changer le – je ne trouve pas le mot – l'environnement ou la mentalité? C'est aux unités de faire le nécessaire.

551 Je pense que cela doit être une formation continue tout au long de la carrière d'un soldat et pas seulement une séance de 40 minutes, un beau jour, à l'occasion d'un cours de leadership. Pour tout le monde, c'est juste l'occasion d'une pause cigarette.

552 Nous ne sommes plus à Chypre. Je ne sais pas à quoi ça ressemble là-bas, aujourd'hui. Je ne peux pas en parler. Il faut accepter le fait qu'un certain pourcentage de gens souffrent du SSPT. Nous ne sommes pas à l'entraînement ici. C'est quelque chose de réel.

553 Malheureusement, actuellement, ça prend du temps pour faire des changements dans le système ... C'est dur. Je pense seulement qu'il doit être inclus dans la formation et pris plus au sérieux.

554 Beaucoup de gens, à tous les niveaux des FC, ont dit de même.

555 L'équipe d'enquête a examiné :

556 • l'éducation et la formation données actuellement au sein des FC sur le SSPT et les problèmes qui y sont reliés, ce qui inclut l'éducation dispensée dans les centres de formation des FC, la formation donnée au personnel soignant et la formation reliée aux déploiements;

557 • l'importance de l'éducation et de la formation en tant qu'agents de changement culturel et dans l'identification précoce des symptômes du SSPT et des problèmes qui en découlent;

558 • l'éducation et la formation dans d'autres organisations;

559 • les méthodes de diffusion effective.

560 • les initiatives prises par les FC en matière de communication au personnel soignant et aux membres en général.

Formation actuelle

561 L'équipe d'enquête a contacté un grand nombre d'établissements et d'organismes d'éducation et de formation des FC, dont le Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des FC (SREIFC), le Collège militaire royal (CMR), l'École de leadership et de recrues des FC (ELRFC) à Saint-Jean et le Collège des FC (CFC), de même que les écoles de combat du Centre d'instruction du Secteur de l'Ouest (CISO) et de Gagetown. Les enquêteurs ont également contacté plusieurs unités de campagne pour déterminer quelle formation, le cas échéant, était donnée. Ils voulaient voir, en particulier, à quels moments de sa carrière un membre reçoit une formation sur le SSPT et les problèmes qui y sont reliés; la teneur de cette formation et qui la donne.

Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes (SREIFC)

562 Le SREIFC a pour mandat d'appuyer la capacité opérationnelle des FC et du MDN par le recrutement, l'éducation et la formation individuelle[11] des membres des FC. Il est responsable du recrutement, de l'éducation, de la formation individuelle polyvalente et de la formation individuelle dans les métiers communs à plus d'un élément.

563 Le Quartier général du SREIFC est situé sur la BFC de Borden en Ontario et se compose : du Collège militaire royal (CMR) de Kingston en Ontario, de la BFC de Toronto, du Groupe de l'instruction de soutien des Forces canadiennes (GISFC) dont la BFC de Borden, du Groupe du recrutement des Forces canadiennes (GRFC) à la BFC de Borden et de l'organisation régionale des cadets (ORC) aussi à la BFC de Borden. Le SREIFC veille à la formation et l'éducation dans l'ensemble des FC. Il compte en tout 20 écoles et unités, dont 10 sont situées à la BFC de Borden.

564 L'équipe d'enquête a communiqué avec le SREIFC pour établir quelle formation avait été élaborée pour instruire les membres sur le SSPT. Le SREIFC a indiqué que les « signes et les symptômes du SSPT » ont été identifiés comme connaissances exigées à la fois pour les officiers et les MR. La matière est ou sera incluse dans la plupart des normes de qualification et, si possible, dans les programmes de formation de tous les grades, de soldat à colonel.

565 L'équipe d'enquête a obtenu et a examiné les programmes de formation sur le SSPT développés par le SREIFC. Ces programmes indiquent à quels moments dans la carrière d'un membre il reçoit de la formation sur le SSPT et les problèmes connexes. Ceux qui donnent les cours décident de quelle manière et dans quel format cette éducation est dispensée. L'équipe d'enquête a conclu qu'un travail considérable doit être accompli pour améliorer l'éducation sur le SSPT. Par exemple, les enquêteurs de l'Ombudsman ont appris que des plans détaillés de formation n'ont pas encore été élaborés pour les officiers et MR supérieurs.

---

[11] La formation individuelle et la formation commune à tous les éléments (Armée de terre, Marine, Force aérienne) est la responsabilité du système central de formation – SREIFC. La formation collective et/ou la formation opérationnelle sont la responsabilité de chacun des éléments.

566 Un officier supérieur du SREIFC a indiqué que les retards dans la mise en œuvre des programmes de formation sur le terrain étaient dus à des contraintes au niveau des ressources et à l'hésitation de certains établissements de formation à modifier leurs programmes. Une anecdote montre que les exigences imposées aux établissements de formation augmentent alors que le temps et les ressources dont ils disposent demeurent inchangés ou diminuent. Plusieurs établissements ont prévenu qu'ils ne disposaient tout simplement pas d'assez de temps pour ajouter quoi que ce soit sur le SSPT. Le commandant d'une école de formation a déploré le fait qu'ils doivent travailler avec « des programmes trop chargés et pas assez de temps », un sentiment répandu dans tout le système de formation.

Collège militaire royal (CMR)

567 L'équipe d'enquête a été informée que le CMR ne fournit aucune éducation ou formation particulière sur le SSPT, dans aucun de ses cours. Le SSPT est brièvement discuté sur le plan théorique, dans un cours sur la psychologie militaire et le combat donné par le Département de psychologie militaire et de leadership. Le cours n'est pas obligatoire et est suivi par environ 10 pour cent des stagiaires.

École de leadership et de recrues des Forces canadiennes (ELRFC), à Saint-Jean

568 Les enquêteurs ont contacté l'ELRFC, à Saint-Jean, qui est responsable de la formation de base des officiers et des MR, ainsi que de la formation au leadership de quelques MR. Ils ont parlé aux instructeurs de chacun des cours suivants :

569 • Cours élémentaire d'officier (CEO) – Le nouveau cours sur un modèle de leadership avancé (MLA) inclura une formation sur le stress, dont une composante portera sur les « signes et symptômes du SSPT ». Il semble qu'il n'y ait eu aucune formation particulière sur le SSPT auparavant.

570 • Qualification militaire de base (QMB) – Depuis le 3 juillet 2001, le cours de QMB pour les nouveaux MR inclut quatre périodes de 40 minutes chacune sur le stress. Les matières étudiées comprennent : les types de stress dû à un incident critique, le SSPT, le contrôle du stress et la reconnaissance des risques de suicide. Le personnel infirmier de l'unité assure la

formation. Avant le 3 juillet 2001, la seule formation sur le SSPT était fournie par l'aumônier, qui a peut-être effleuré les problèmes reliés au stress, à l'occasion de ses quatre rencontres avec les recrues.

571 • Académie de sous-officier supérieur – L'Académie de sous-officier supérieur dispense un cours de qualification intermédiaire au leadership pour les membres promus au grade d'adjudant. Actuellement, deux périodes du cours sont consacrées au « stress opérationnel ».

École de la Police militaire des Forces canadiennes (EPMFC)

572 L'EPMFC est particulièrement proactive dans le domaine du SSPT. Elle offre deux cours magistraux de 50 minutes chacun sur le SSPT pour la qualification de base de la Police militaire au niveau 3 et pour les cours de base de la Police militaire. Ce sont des travailleurs sociaux et/ou des MM qui donnent les cours.

573 L'EPMFC dispense également une formation continue sur le SSPT dans le cadre d'autres cours qu'elle donne, y compris aux niveaux compagnon, superviseur et gestionnaire. Bien que les problèmes reliés au SSPT ne constituent pas un sujet séparé dans ces cours, il est inclus dans d'autres leçons sur le leadership, la gestion du personnel, etc. La formation est dispensée de diverses façons, depuis les modules d'auto-apprentissage aux présentations par des conférenciers invités.

574 Les enquêteurs ont examiné quelques documents d'apprentissage soumis par l'EPMFC et ont constaté que, alors que l'accent semble mis sur le stress dû à un incident critique, une grande partie de cette documentation fournit une solide base d'introduction au SSPT.

Centre-école des aumôniers des Forces canadiennes (CEAFC)

575 Les aumôniers sont en première ligne face au SSPT, que ce soit dans les unités déployées ou dans les garnisons. L'École offre une instruction très poussée sur le SSPT dans le cadre du CEO pour aumônier. Deux cours portent spécifiquement sur les problèmes liés au stress : le cours sur la réaction de stress de combat (CSR)

couvre quatre périodes d'instruction, soit 160 minutes au total; il est donné par des experts en la matière du Centre médical de la Défense nationale (CMDN). Le cours sur les pertes psychologiques en opération militaire couvre huit périodes d'instruction, soit 320 minutes au total; il est également donné par des experts en la matière du CMDN. Ce cours traite spécifiquement du SSPT et aborde les critères d'identification, de traitement et de prévention du SSPT.

École des pompiers des Forces canadiennes (E Pomp FC)

576 Cette École dispense de la formation au niveau de la gestion. Le commandant a indiqué que la plupart des casernes de pompiers des FC ont des systèmes internes de formation et de soutien qui traitent du stress opérationnel.

Autres écoles de la BFC de Borden

577 Nous avons contacté plusieurs écoles de métiers de la BFC de Borden. À part l'école de médecine, aucune d'elles n'offre une formation substantielle sur le SSPT dans leurs programmes; cela ne fait d'ailleurs pas partie de leur mandat.

Collège des Forces canadiennes (CFC)

578 Le CFC dispense un cours de commandement et d'état-major de 10 mois et demi au niveau de major/capitaine de corvette. La plupart des candidats sont promus pendant ou après le cours. Ce cours compte un module de trois heures sur le stress de combat qui déborde un peu sur le SSPT; il est donné par un médecin militaire de l'Institut de médecine environnementale pour la défense (IMED). Apparemment, le lgén Dallaire a été récemment invité à parler de ses expériences aux élèves de ce cours. Il était chef d'une petite force de maintien de la paix des Nations Unies lors de la guerre civile du Rwanda en 1994. Il a souffert du SSPT après avoir été témoin du massacre de plus de 800 000 Rwandais en l'espace de quelques jours. Bien qu'il ait prévenu ses supérieurs de cette horreur imminente, on l'a empêché d'intervenir. Depuis qu'il a pris sa retraite dernièrement, le lgén est l'un des membres du personnel militaire qui tient le plus à faire reconnaître ce trouble au grand public. Il demeure l'un des farouches adeptes de la réforme du système de santé mentale dans les FC. La réforme de la formation

donnée au commandement et le développement des qualités de chef dans le corps des officiers des FC demeure son fer de lance.

579 Le CFC dispense également divers cours pour les officiers supérieurs y compris pour les grades d'officiers généraux. Les enquêteurs ont appris qu'il n'y a aucun enseignement formel sur le SSPT dans aucun des cours.

Collège d'état-major de la Force terrestre canadienne (CEFTC)

580 Le CEFTC dispense deux cours. Le premier, le cours transitionnel de commandement et d'état-major, est conçu pour les capitaines et les jeunes majors; aucune formation sur le SSPT n'est donnée dans ce cours. Le deuxième, le cours de cmdt, est un cours de deux semaines pour les officiers prenant le commandement d'une unité, jusqu'au niveau de la brigade inclusivement. Ce cours ne comporte pas de module formel sur le SSPT, mais des conférenciers sont invités à l'occasion pour venir parler des « problèmes de santé des Forces ».

École d'études aérospatiales des Forces canadiennes (EEAFC)

581 Actuellement, les cours d'éducation militaire professionnelle de la force aérienne n'abordent pas le sujet du SSPT. Avant 1997, l'ancien cours d'état-major de la Force aérienne comprenait un exposé par un conférencier invité sur les incidents critiques liés au stress et d'autres sujets connexes, mais cet exposé a été supprimé avec la création du cours de base et du cours avancé sur les opérations aérospatiales.

Écoles de guerre

582 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont contacté le Centre d'instruction du Secteur de l'Ouest (CISO) à Wainright, en Alberta, pour voir quelle formation sur le SSPT et les problèmes reliés au stress est donnée aux instructeurs chargés de préparer les membres des FC au combat. Ils ont également contacté le Centre d'instruction au combat (CIC) de Gagetown, au Nouveau-Brunswick.

583 Le CISO semble adopter une approche proactive du SSPT et des autres problèmes reliés au stress, avec l'appui de la chaîne de commandement. Les programmes actuels incluent la maîtrise du stress, la maîtrise de la colère et la prévention du suicide. Le CISO prévoit faire, à l'automne, des briefings sur le SSPT avec du personnel du CSTSO.

584 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont parlé à un membre du personnel infirmier du CISO, qui assure actuellement une partie de la formation sur le SSPT pour des instructeurs affectés au CISO. Sa réponse écrite à leurs questions fournit une description des programmes :

585

> En ce qui concerne l'éducation en matière de SSPT/SDIC, nous en sommes à ce qu'on pourrait appeler les premiers balbutiements. En avril de cette année, nous avons fait un essai avec un petit groupe d'instructeurs pour voir s'il serait accueilli favorablement. D'après les résultats obtenus, nous allons l'incorporer à la formation intérieure donnée aux instructeurs à l'automne. Ce briefing a été donné par [le personnel du CSTSO] et traitait de l'éducation sur ces sujets particuliers. Il est offert autant aux militaires qu'aux civils. Nous essayons en particulier de cibler les instructeurs, mais c'est difficile car la plupart sont occupés à faire de la formation. On peut se faire mettre sur la liste en donnant simplement son nom par l'intermédiaire de sa chaîne de commandement. La même chose s'applique à la prévention du suicide, la demi-journée sur le contrôle de la colère et la demi-journée de sensibilisation au stress. L'année dernière était la première année pour tous nos programmes et nous en avons donné deux de chaque pour lesquels nous avons eu le maximum de participants ou presque. Nous essayons de nous organiser en fonction de la programmation de formation du CISO afin d'assurer une participation maximum des instructeurs, mais c'est difficile.

586 Un officier de sélection du personnel (OSP) référé aux enquêteurs comme expert du CIC sur ces questions a signalé que plusieurs initiatives sont en cours pour former des pairs-conseillers (également appelés « pairs-désamorceurs »). Cependant, le mandat n'inclut pas de cours sur le SSPT dans les programmes, même si une formation est donnée sur une base *ad hoc* sur demande d'un cmdt.

Centre de formation pour le soutien de la paix (CFSP)

587 Le CFSP donne deux cours. Le cours élémentaire pour les Opérations de maintien de la paix (OMP) prépare les membres des FC de tous les grades qui sont déployés en tant que renforts individuels sur des missions d'OMP et le cours d'observateur militaire pour les membres des FC sur le point d'être déployés comme observateurs ou placés sur la Liste internationale des effectifs en réserve pour des missions imprévues.

588 Les participants aux deux cours reçoivent une formation en gestion du stress donnée par des experts du QGDN ou de la BFC de Kingston. Cette formation comprend le vidéo *Témoin du mal* qui traite de ce qui s'est passé au Rwanda et discute des divers types de stress, y compris le SSPT.

589 Le CFSP a informé les enquêteurs de l'Ombudsman que bien qu'il aide à préparer les contingents qui assurent la rotation sur les théâtres d'opérations, il n'a pas l'expertise pour dispenser une formation sur le stress. Dernièrement, un membre du personnel du CFSP a participé à un cours d'une demi-journée sur la gestion du stress dû à un incident critique donné à tous les membres du 2 PPCLI.

Initiatives de formation dans les unités

590 D'une façon générale, les enquêteurs de l'Ombudsman ont constaté qu'il y avait eu récemment des améliorations, en termes de qualité et de quantité, de la formation et de l'éducation sur le SSPT dispensées dans les unités qu'ils ont visitées. Par exemple, chaque membre du 2 PPCLI a récemment suivi un cours d'une demi-journée en gestion du stress dû à un incident critique et d'autres unités suivront peut-être cet exemple. Il y a deux raisons principales pour ces améliorations : une plus grande sensibilisation à ce problème au sein de la chaîne de commandement et un effort de diffusion spécialisée et efficace par beaucoup de CSTSO pour éduquer les membres. Les membres du personnel des CSTSO ont été invités à faire des présentations aux journées pédagogiques des unités et à d'autres forums; cela semble être une manière économique et efficace de répandre les connaissances sur le SSPT, unité par unité.

591 En outre, les soldats sont de plus en plus entraînés au soutien de leurs pairs. Certains membres de tous les grades sont identifiés

dans les unités pour leurs qualités de leadership et leur empathie. Ils sont formés pour identifier les symptômes liés au stress chez les autres et leur apporter une aide aussi précoce que possible.

592 La formation de soutien par les pairs varie d'une zone à une autre. À Winnipeg, le 2 PPCLI a récemment offert un cours de formation de deux jours de pair-désamorceur donné par le personnel du CSTSO d'Edmonton et le travailleur social de la 17e escadre. Le bataillon a entraîné plus de 100 pairs-désamorceurs de tous les grades. Une partie de l'objectif poursuivi consistait à former une équipe d'individus capables d'apporter une aide partout dans l'unité.

593 Le soutien par les pairs peut être important, mais ce n'est en aucun cas une panacée. C'est un « pas dans la bonne direction » comme un MR supérieur l'a dit, mais c'est seulement un des outils nécessaires aux FC pour éduquer et former leurs membres au sujet du SSPT et des problèmes liés au stress.

L'importance de l'éducation et de la formation sur le SSPT

594 Éduquer les membres des FC au sujet du SSPT a un double but. Premièrement, en permettant aux membres de comprendre ce qu'est le SSPT, l'éducation fait beaucoup pour démystifier ce trouble et le débarrasser du stigmate qui y est rattaché. À cet égard, l'éducation, combinée à la formation et à un leadership proactif, favorisent les changements culturels au sein des FC.

595 Deuxièmement, l'éducation et la formation permettent aux membres de tous les grades d'identifier les signes et les symptômes du SSPT, chez eux et chez d'autres, pour qu'ils puissent obtenir immédiatement de l'aide. Elles donnent aux chefs et aux superviseurs les outils et la connaissance dont ils ont besoin pour agir rapidement, efficacement et avec compassion. Je suis d'avis que le haut commandement des FC a la responsabilité d'inculquer cette connaissance à ses membres. Comme un soldat l'a brièvement expliqué :

596

> Je pense que quelque chose doit être fait pour que les chefs, jusqu'en haut de la chaîne, soient capables de détecter les signes avant-coureurs qu'envoie un membre qui a des problèmes. Les gens doivent savoir où aller et vers qui se tourner.

597 Ou, selon le conseiller médical pour la Croix-Rouge internationale, « Il est essentiel que les gens comprennent ce qu'est le [SSPT], comment l'identifier et comment le traiter préventivement. Nous sommes tous vulnérables ».

598 Un MM des FC interrogé par les enquêteurs de l'Ombudsman a également souligné l'importance de l'éducation dans l'application aussi précoce que possible d'un traitement :

599

> Je pense qu'une des premières étapes est d'adopter une attitude plus ouverte, d'améliorer notre éducation, non seulement sur le SSPT mais aussi sur d'autres maladies de type psychosomatique comme la dépression, l'angoisse, les attaques de panique, les troubles du sommeil. Une meilleure connaissance des signes et des symptômes de ces maladies, dire aux gens : allez voir votre MM, votre aumônier, votre travailleur social, votre infirmier de santé mentale et demandez de l'aide.

600 L'éducation et la formation peuvent être un catalyseur du changement culturel dans les FC. Comme l'a dit un soldat, « une fois qu'on comprend ce qu'est le SSPT, on perd ses préjugés et ses idées préconçues ». À mon avis, il existe actuellement un niveau d'ignorance inacceptable au sujet du SSPT et des problèmes qui y sont reliés, dans bien des endroits au sein des FC. Comme l'a dit un MR très expérimenté du bataillon :

601

> Je ne comprends rien au [SSPT]. Je suis comme beaucoup d'autres soldats. Je n'y comprends pas grand-chose. On lit des trucs là-dessus. On nous en parle mais, encore une fois, c'est relié au cerveau et qui peut vraiment comprendre. Je ne le peux pas.

602 L'équipe d'enquête a souvent entendu dire que si les membres des FC peuvent facilement se situer par rapport à leurs blessures physiques, ils ont énormément de difficulté à donner la même légitimité aux troubles mentaux. Un membre a dit :

603

> La chaîne essaie de répondre du mieux qu'elle peut. La difficulté est le manque d'éducation aux niveaux des cplc et des sgt. Quand une personne agit d'une façon inhabituelle, ils ont de la difficulté à trouver une bonne réponse. Ils veulent faire quelque chose de concret pour résoudre le problème, mais leurs tentatives compliquent souvent la situation. Je pense que, dans la plupart des cas, ce n'est pas de la méchanceté de leur part mais plutôt la peur de ce

> qu'ils ne comprennent pas. C'est un problème à long terme mais ils veulent le résoudre tout de suite pour que les choses reviennent à la 'normale'.

604 Le cmdt d'une grande base a reconnu que l'ignorance au sujet du SSPT et la nature même des troubles mentaux ont fait que « les FC n'ont pas du tout su comment faire face au [SSPT] ».

605

> L'incompréhension de ce que sont vraiment les problèmes de [SSPT], peut-être le manque de connaissance dans ce domaine ... Je pense que ce sont les raisons pour lesquelles nous réagissons si mal. Je ne pense pas que nous comprenions les grandes lignes de ce qui se passe ... C'est peut-être un peu une question d'ignorance, mais c'est surtout une incapacité de comprendre. Le système ne réagit pas bien face à un problème qui ne se manifeste pas de façon visible. Si un membre revient avec un bras ou une jambe en moins, ça se voit et on peut manifester de l'empathie pour lui. On se dit qu'on va essayer de faire quelque chose à ce sujet. Mais quand le problème n'est pas visible, que l'éducation manque et qu'on ne comprend pas, alors c'est quelque chose de différent; de totalement différent.

606 L'ignorance au sujet du SSPT explique la manière dont les membres, chez qui on a diagnostiqué le trouble, sont traités par leurs pairs et par les dirigeants. Plus les membres sont éduqués, plus le SSPT a de chance de perdre son stigmate et son mystère, plus il sera possible de le traiter de façon précoce et plus grandes seront les chances de rétablissement complet de ceux qui en sont atteints. Un MR a prôné une éducation obligatoire pour combattre l'ignorance :

607

> ... c'est juste de l'ignorance ... Les MR supérieurs et les officiers devraient savoir reconnaître [les symptômes du SSPT]. Le meilleur moyen est ... la connaissance imposée aux membres. Ils n'aimeront pas ça. Ils vont gueuler et hurler, mais c'est comme ça parce que on n'aime pas les changements dans l'armée ...

608 Un autre MR supérieur a répondu comme suit à une question des enquêteurs :

609

> Est-ce qu'on a besoin de sensibilisation? Oui ... Les chefs doivent comprendre ce problème et y préparer non seulement leurs soldats, mais eux-mêmes également ... Je crois qu'il y a une incompréhension

> profonde de l'importance de la formation et de l'éducation au sujet du SSPT et des SVSIC. Nous avons passé des heures innombrables à parler d'égalité des sexes, de harcèlement et de négativité des médias, plutôt que de nous concentrer sur les problèmes qui affectent notre ressource la plus précieuse, le soldat. Avant notre déploiement de 97, le commandement a eu droit à une présentation de deux heures sur les SVSIC, qui en fait, était censé faire l'objet d'un programme de sensibilisation d'un ou deux jours. C'est inacceptable ...

610 Le changement culturel par l'éducation n'est pas un processus rapide, comme l'ont découvert d'autres organismes qui se sont penchés sur les problèmes de santé mentale. Le D[r] David Hoath, psychologue responsable de l'Unité de soutien au personnel de la Police provinciale de l'Ontario (OPP), a fait la remarque suivante :

611

> Le changement de culture est un projet à long terme. Cela prend de 10 à 20 ans. Les clés en sont l'éducation et le leadership. Si les dirigeants y croient vraiment, alors personne n'a d'autre choix que de suivre, que l'on aime ou pas. Il faut adopter une tolérance zéro et être prêt à sanctionner.

612 Dans le même ordre d'idée, un MR supérieur du SOFT suggère :

613

> ... le nœud du problème est que des gens comme nous vont devoir faire face à beaucoup plus de cas de SSPT. Je pense qu'on a besoin d'être éduqués et sensibilisés. On ne va pas faire disparaître les attitudes sur-le-champ et on ne va pas non plus les changer en une nuit.

614 Autres commentaires dans la même veine :

615

> Je pense qu'une bonne partie de la solution repose sur une attitude ouverte et l'éducation. Beaucoup de gens connaissent l'existence du SSPT, mais il y a ce stigmate qu'on y rattache, particulièrement dans l'infanterie. Ils ont cette mentalité dure, tenez le coup et continuez à marcher. Cette stigmatisation est commune pour ce type de problèmes, SSPT ou dépression. (membre du personnel soignant)

616

> Je pense que beaucoup de soldats ne comprennent pas ce qu'est le SSPT, à part les malheureux qui en souffrent. La meilleure chose que nous puissions faire

est de les éduquer. (commandant de compagnie PPCLI)

617 ... les gens réagiraient mieux s'ils étaient plus instruits. (membre de FC)

618 ... la meilleure chose que nous puissions faire est d'éduquer les membres des FC. (maj PPCLI)

619 Peut-être que ces gars ne sont pas tous des faux malades. Je pense que ceux qui sont confrontés à ces situations ont besoin d'être éduqués. (maj SOFT)

620 D'ailleurs, l'éducation et la formation au sujet du SSPT et des maladies provoquées par le stress doivent être un processus continu, selon une grande partie des gens à qui l'équipe d'enquête a parlé. Ils ont déclaré que les membres des FC devraient recevoir une formation régulière sur cette question.

621 Il n'y a pas assez d'éducation. Les FC devraient donner une formation sur le SSPT, chaque année, déploiements ou pas. Cette formation devrait faire partie de l'entraînement au niveau de l'unité, au même titre que la formation de conducteur ou la formation sur les armes. (adj SOFT)

622 Un membre des FC susceptible d'être déployé devrait être parfaitement au courant de l'existence du SSPT et de ses risques. Cette éducation devrait être dispensée par des professionnels, peut-être pendant la formation élémentaire des FC ou la formation de qualification dans le cadre de la formation d'avant déploiement. (agent des services sociaux)

623 Nous devons miser sur la prévention, en particulier en ce qui a trait à l'éducation, la bonne forme physique et la bonne forme spirituelle. En plus de la bonne forme spirituelle, nous devons rendre les gens aptes à trouver un sens à la souffrance et la tragédie. (aumônier FC)

624 ... tout le monde devrait être éduqué, mais c'est beaucoup trop tard pour commencer au niveau du bataillon. (sgt SOFT)

625 J'estime que l'éducation sur le SDIC/SSPT devrait être dispensée à chaque niveau de formation. Par exemple, à l'occasion de la formation de base d'une nouvelle recrue, puis à l'occasion d'un nouveau cours niveau de qualification (NQ), d'un cours de chef subalterne

> (CCS), d'un cours de sous-officier supérieur (c s/o sup). Puisque des études ont montré qu'on ne retient approximativement que 15 pour cent de ce qu'on entend, la répétition ajouterait chaque fois à la base de connaissance. On donne régulièrement des cours de premiers soins pour le corps, pourquoi ne pas faire la même chose pour l'esprit? Naturellement, pour arriver aux stagiaires, il faut passer par les programme de formation; j'ai découvert que c'est difficile! Je pense que c'est gravé dans la pierre. (membre du personnel soignant des FC)

626 Les FC ont reconnu les effets négatifs d'une éducation insuffisante de leurs membres sur les problèmes de santé en général et les problèmes de santé mentale en particulier. Selon la plus récente *Directive du CEMD aux commandants* :

627

> L'examen de nombreuses plaintes du personnel des FC, en matière de santé, ont mis en évidence un manque de connaissance généralisée des principaux problèmes de santé, chez les membres de tous les grades. La plupart savent peu de choses sur les maladies liées au stress comme le syndrome de stress post-traumatique ou les syndromes somatiques fonctionnels. Beaucoup sont également peu familiers avec des problèmes pourtant plus largement discutés comme les maladies d'après déploiement. Cela a conduit à des attitudes extrêmement nuisibles qui, en une occasion au moins, ont poussé un membre au suicide. Bien qu'une attitude gagnante soit absolument fondamentale pour maintenir la cohérence d'une unité de combat, il est tout aussi fondamental de comprendre que la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, peut empêcher une personne de faire sa part pour réussir une mission. Il est également important de comprendre que le rétablissement complet et le retour à une fonctionnalité normale de nos malades et de nos blessés consolident notre équipe de défense dans tous ses aspects.

628 La chaîne de commandement supérieur du cpl McEachern a reconnu l'importance d'une éducation et d'une formation sur le SSPT; il a aussi reconnu implicitement les insuffisances actuelles dans ce domaine. Une des recommandations faisant suite à l'enquête administrative menée par le SOFT sur l'incident impliquant le cpl McEachern se lit comme suit :

629

> Améliorer l'éducation sur le SSPT. Cette éducation devrait être incorporée aux cours magistraux de

> leadership des FC. Le cours pour les commandants devrait inclure un module important sur le SSPT et la LEPND.

630 J'approuve entièrement cette recommandation.

631 Dans son entrevue avec les enquêteurs de l'Ombudsman, le maj White, psychiatre du CSTSO d'Edmonton qui a traité le cpl McEachern, a parlé de la nécessité d'éduquer les membres des FC à tous les niveaux :

632

> [Le SSPT est] de nouveau au premier plan, ce qui est formidable, mais il y a encore tellement d'éducation à faire ... et, comme vous savez, ce n'est pas seulement au niveau des simples soldats. Elle devrait commencer dès la formation de base et se poursuivre de façon continue. Nous avons un travail énorme devant nous pour y arriver ... Il y a une éducation à faire même au niveau le plus élémentaire. Au cours de leur formation de base, les gens reçoivent une éducation sur les armes à feu. Ils reçoivent une éducation sur la culture militaire. Ils sont éduqués sur les règles et règlements auxquels ils seront assujettis. Ils ont également besoin d'être éduqués sur les formes de stress auxquelles ils risquent d'être exposés dans l'armée, ainsi que sur les mesures qu'ils peuvent prendre pour faire face à ce genre de problème. Bon, on peut aborder ce sujet très tôt dans la formation et commencer à leur parler de dépression et d'anxiété. Il ne s'agit pas de leur dire que tous ceux qui entrent dans l'armée vont être atteints du syndrome de stress post-traumatique ... ou que tous ceux qui participent à un déploiement en reviennent endommagés. Non, ça n'est ... pas cela le but de l'éducation. C'est plutôt de dire [qu'] on ressent tous plus ou moins de stress dans son travail et que, par conséquent, voici plusieurs choses que l'on peut faire pour se protéger et prendre soin de soi-même, n'est-ce pas? On peut donc commencer avec ça, au niveau le plus élémentaire et puis, ce serait merveilleux ... au niveau de l'unité et dans n'importe quel cours de leadership subalterne et supérieur ... Je sais qu'ils sont en train d'introduire des cours sur les soins en matière de santé mentale; on pourrait les étoffer un peu; c'est une occasion extraordinaire de parler de ce qu'est le stress; de ce qu'est la santé mentale. Qu'est-ce que ça veut dire? Comment cela s'ajuste-t-il avec le bon leadership et la morale? ... parce que je vois ces choses toutes reliées entre elles. Par exemple, sur cette base, au cours de la dernière ou des deux dernières années,

> le travailleur social et ... sommes allés à la réunion des cmdt, il y a quelques mois de cela, nous sommes allés au ... perfectionnement professionnel pour les officiers et c'était deux endroits où l'on invitait [les gens], en quelque sorte, à venir parler de ces sujets en termes généraux, un peu du SSPT d'une façon très succincte. Nous avons aussi parlé de stigmatisation et c'est formidable ... Si nous pouvons juste développer ça et le multiplier par ... disons 100 ... et faire cela, vous savez, en partant de la base et en remontant jusqu'au sommet ... alors je pense que nous ... pouvons potentiellement faire une énorme différence. J'ai juste besoin des ressources pour le faire.

633 Un autre membre supérieur du personnel soignant a également identifié le besoin d'éducation et de formation continues sur les sujets de santé mentale et ce, pendant toute la carrière des membres :

634

> Je veux dire, ce qu'il faut faire, c'est de l'éducation. Ça démarre du CEMD et ça descend. Je veux dire, nous devons regarder comment ... quand les gens rejoignent les Forces, qu'est-ce qu'on leur dit sur la santé mentale ... au sujet des ressources? Vous savez, on leur dit que c'est leur copain, on commence à la base en apprenant à prendre soin l'un de l'autre comme dans un jumelage. Bien, le binôme, ce n'est pas simplement comme si on perd son porte-monnaie, vous savez ... nous devons commencer à penser en termes de ... être capable de s'appuyer l'un l'autre, et ... commencer à leur montrer quelles sont les causes de stress dans cet environnement. Quelles sont les ressources disponibles, et comment nous voyons ça. Ça doit faire partie de l'endoctrinement ... Vous savez, c'est ce qui est nécessaire et on ne le fait pas seulement au niveau de la formation de base, parce que tout le monde dort la majeure partie du temps. Mais on continue à en parler à différents cours, vous savez, à chaque cours auquel on assiste, on développe ça, non seulement pour les soldats, caporaux et officiers subalternes, particulièrement les officiers, vous savez, à chaque occasion de formation.

635 Il y a eu quelques voix discordantes. Un ancien observateur militaire de l'ONU a déclaré que la formation additionnelle n'était pas la solution; d'autres ont suggéré que les membres sont déjà surchargés de formation. Toutefois, de l'avis général exprimé aux enquêteurs de l'Ombudsman, la situation actuelle de la formation sur le SSPT est grandement inadéquate.

636 Le besoin de formation et d'éducation continues est peut-être mieux résumé par un MR supérieur du SOFT. Ce dernier a indiqué que selon lui le SSPT est un problème extrêmement sérieux qui actuellement n'est pas abordé. Il ne souffre pas lui-même du SSPT, mais il connaît beaucoup de collègues qui en ont les symptômes ou qui ont eu un diagnostic positif, et il est consterné de voir comment ils ont été traités par leurs dirigeants et leurs pairs. Il a identifié l'éducation et la formation comme éléments de solution quand il en a parlé à mes enquêteurs :

637

> Je pense honnêtement qu'il y a de l'espoir de voir les FC surmonter ce défi et continuer de servir le plus beau pays du monde. Ce dont nous avons besoin, ce sont les outils pour mieux entraîner et préparer les soldats depuis leur incorporation et tout au long de leur carrière militaire. Ne pas le faire est criminel. Combien d'entre nous devrons encore tomber avant que nous agissions?

638 À mon avis, il est tout à fait évident que, malgré des améliorations récentes, les FC ont encore beaucoup à faire pour atteindre les niveaux requis d'éducation sur le SSPT. Le consensus parmi ceux qui, dans l'organisation, sont bien informés sur le SSPT et les problèmes qui y sont reliés, en particulier parmi le personnel soignant en santé mentale, est que les FC ne font pas du bon travail quand il s'agit d'instruire ses membres sur le SSPT, même s'il y a une sensibilisation croissante au problème. Cette opinion est au moins partagée par quelques-uns dans le système d'éducation. Comme l'a commenté un officier supérieur impliqué dans le système d'éducation des FC :

639

> Je peux vous dire que [la formation sur le SDIC] n'est pas un des cours principaux enseignés ici [à l'école de Borden]. Ce pourrait être une compétence en leadership utile à incorporer à nos programmes à l'avenir. Je viens juste d'être affecté à cette école après environ 10 ans [dans une unité d'infanterie opérationnelle] et deux affectations opérationnelles ... et les seules fois que j'ai vu quelque chose qui ressemblait à de la formation sur ce sujet important ont été à l'occasion d'un exercice d'entraînement préparatoire pour un déploiement opérationnel ou en tant que cours spécialisé offert par des instructeurs 'experts en matière de SSPT'. Ironiquement, j'ai eu ma seule formation magistrale [cours de pairs-conseillers] sur ce sujet quand je suis revenu d'[un déploiement opérationnel] en 1993.

640 Un MR supérieur, qui avait beaucoup de missions à son actif, a résumé ce qui semble être une estimation précise du manque d'éducation sur le SSPT dans les FC :

641 > Il y a eu un peu [d'éducation et de formation] mais en aucun cas elle n'était suffisante, particulièrement au niveau du commandement. Le commandement est mal disposé à l'égard du [SSPT] ou mal éduqué sur le sujet.

642 L'éducation et la formation sont la clé du changement culturel dans les FC. Cependant, elles ont besoin de ressources et de temps. Alors que je ne vois aucune raison de ne pas modifier les programmes d'études dans les établissements d'enseignement des FC pour traiter globalement et efficacement des problèmes reliés au SSPT, la situation n'est pas aussi claire en ce qui concerne les unités opérationnelles. On a dit à mes enquêteurs qu'imposer une éducation et de la formation sur le SSPT aux unités opérationnelles pourrait se retourner contre nous, à moins que l'on puisse diminuer la charge de travail existante dans d'autres secteurs. Selon un membre du personnel soignant qui a une très grande expérience opérationnelle :

643 > Je n'y vois pas une initiative qui enlèverait du travail à la charge de travail existante des superviseurs pour leur permettre de participer à une initiative sans la moindre chance de succès, à moins qu'on leur donne aussi des ressources additionnelles. En d'autres termes, les soldats sont déjà saturés avec leurs tâches actuelles, au point que si on leur demande de faire quelque chose d'autre, leurs supérieurs devront leur dire quelles tâches actuelles ils devront abandonner. Essayer d'ajouter à leur fardeau actuel ne fera que provoquer ressentiment et amertume, ce qui aura un effet contraire à celui recherché. Je maintiendrais la situation dans son état actuel plutôt que de faire quoique ce soit qui pourrait la rendre pire.

644 Étant donné le rythme rapide des événements, les FC vont devoir faire des choix difficiles. Cependant, je crois que le SSPT est un problème qui a une telle incidence, en particulier sur le recrutement, le maintien et le bien-être de tous les membres des FC, que l'éducation et la formation dans ce domaine doivent devenir une priorité. Les FC ont déjà introduit avec succès l'intégration des femmes et l'éducation sur le harcèlement. Je ne vois aucune raison pour laquelle on ne peut prendre un engagement aussi ferme envers une éducation sur le SSPT.

Comparaison à d'autres organisations

645 L'équipe d'enquête a parlé avec plusieurs services de police dont l'OPP, le Collège canadien de police (CCP) et le Metropolitan Police Service de Londres en Angleterre, dans le but de déterminer le genre de formation relative au stress qui était offert à leurs membres.

646 Le programme d'aide aux employés de l'OPP a pour mandat d'aider les employés et les personnes à leur charge à trouver une aide appropriée pour leurs problèmes de santé mentale/émotionnelle, de famille, d'abus de drogues, de santé en général ou de tous les autres problèmes personnels. La Workplace Support Unit (WSU) de l'OPP a un mandat particulier pour aider les membres qui ont été impliqués dans des incidents critiques, comme se faire tirer dessus. La WSU dispense également aux membres une éducation sur le stress résultant du travail de police. Elle a un psychologue à temps plein et un travailleur des services d'approche.

647 L'OPP a commencé à introduire la formation sur le stress au milieu des années 80. Cette formation commence dès la classe des recrues et est partie intégrante du programme d'études. Selon l'opinion du psychologue de la WSU, elle donne un sens de légitimité aux problèmes reliés au stress, au SDIC et au SSPT. Il estime qu'elle envoie un message qui dit à tous les membres que l'organisation prend ces problèmes au sérieux.

648 En comparant comment d'autres juridictions traitent les problèmes reliés au stress, la perspective sans doute la plus utile a été donnée par des membres de la Réserve des FC qui servent comme agents de police civils. Ils ont en effet indiqué que les services de police sont bien plus proactifs face aux problèmes reliés au stress que ne le sont les FC, tout en admettant qu'il y a des différences majeures entre le travail de police et les tâches militaires. Comme un de ces membres l'a dit : « Par la formation qu'elle nous donne, la police fait un excellent travail pour nous préparer à ce qui nous attend dans la rue et de retour chez nous une fois que nous avons fini. Elle invite aussi nos familles à ces exposés ». Quand on lui a demandé de comparer l'attitude des FC face au stress avec celle de son service de police, le membre a dit :

649

> ... on respecte davantage la confidentialité et la vie privée dans [la police]. Si j'ai un problème je sais que tout ira bien. Je peux parler à cette personne. Je peux amener mon conjoint. Nous pouvons nous attaquer au

> problème et le résoudre sans crainte de répercussions. [La police] fait tout à fait ce qu'il faut et je ne pense pas que l'armée soit encore rendue à ce niveau. Peut-être qu'ils s'améliorent, je ne sais pas. Je l'espère dans l'intérêt des soldats.

Mise en œuvre de l'éducation et de la formation sur le SSPT

650 Aucune éducation ni aucune formation au monde ne feront la moindre différence si elle n'est pas crédible auprès des auditoires cibles. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont examiné les méthodes les plus efficaces pour dispenser une éducation et une formation, y compris les briefings et debriefings en cas de déploiement.

651 Actuellement, la majeure partie de l'éducation et de la formation formelles sur le SSPT est dispensée par des professionnels experts en la matière (EM), médecins, travailleurs sociaux, officiers de sélection du personnel (OSP) ou une combinaison de ceux-ci.

652 Dans beaucoup de cas, faire appel à un MR est une manière efficace de former les membres des FC. C'était particulièrement vrai lors des déploiements récents qui incluaient des professionnels de la santé mentale sur place pendant toute la durée de la mission et qui avaient une connaissance directe des épreuves que les membres avaient traversées. Dans la même veine, il n'y a eu que des éloges pour les efforts d'approche déployés par le personnel des CSTSO; par exemple, notre Bureau a reçu des rapports élogieux sur le travail des CSTSO de Halifax et d'Edmonton. Des membres du personnel des CSTSO ont été invités à faire des présentations lors des journées de perfectionnement professionnel et des cours obligatoires de premiers secours. Au moment de la rédaction du présent rapport, le personnel des CSTSO doit se réunir à Halifax en novembre pour discuter des moyens d'améliorer encore leur travail d'approche. Ailleurs dans ce rapport, j'ai recommandé que les initiatives d'approche du CSTSO soient étendues. Beaucoup de travailleurs sociaux, d'aumôniers, d'OSP et d'autres membres des FC dispensent de l'éducation et de la formation selon les ressources et les occasions.

653 Cependant, il y avait consensus entre les membres de tous les grades à qui les enquêteurs ont parlé sur le fait qu'une formation donnée *exclusivement* par des MR qui ne sont pas directement

associés à leur auditoire cible ou qui n'ont pas d'expérience directe de ce à quoi les membres de leur auditoire-cible doivent faire face a très peu de crédibilité. L'attitude prédominante a été résumée par un membre qui a imploré, « S.v.p., ne nous envoyez pas des hommes avec des queues de cheval ». Les enquêteurs ont souvent entendu les soldats se plaindre que beaucoup de personnes chargées de leur donner une formation, comme des travailleurs ou des médecins, qui venaient de l'extérieur n'avaient que peu ou pas d'idée de ce que les membres de leur auditoire avaient eu à affronter. Un MR supérieur, qui avait participé à beaucoup de missions, l'a dit à sa manière :

654 > On a les médecins et on a aussi untel et untel venus tout droit d'Ottawa, civils et tout, et tout le monde dans l'assistance pense « ça c'est un gars qui fait 125 000 $. Il est venu ici pour nous casser les oreilles en utilisant des mots de 26 lettres, des schémas et des graphiques » et tout le monde va simplement bailler.

655 L'opinion de l'ancien commandant de compagnie du cpl McEachern a été assez typique quand on lui a demandé ce qu'il pensait de l'efficacité de l'éducation et de la formation :

656 > On a droit à un briefing très sec et froid de type diaporama. Oui, on nous parle du SSPT. Cela dépend essentiellement de ceux qui donnent les briefings; je crois qu'une discussion a plus de valeur si ces personnes étaient là et en ont fait l'expérience.

657 Des suggestions sur l'impact de la formation au sujet du SSPT ont été formulées.

658 Le sentiment était que des membres qui ont été déployés sont le plus à même de dispenser une formation efficace. Un autre MR supérieur a dit aux enquêteurs :

659 > ... nous devons développer des programmes conçus pour éduquer nos soldats avant une opération, sur le genre de traumas ... auxquels ils risquent d'être exposés. Le principal problème est que nous faisons appel à des personnes qui possèdent les connaissances académiques mais aucune connaissance de la réalité ni d'expérience de ce qui attend les soldats sur un théâtre d'opérations. Il ne s'agit pas de science aérospatiale.

660 Un autre soldat a souligné l'importance d'avoir des instructeurs de même grade que les membres de leur auditoire. Il a commenté :

661 Si un soldat entend parler de [SSPT] par le général Untel ... ça va entrer par ici et sortir par là. Si le sergent Untel ou le caporal chef Untel lui parle, ou même l'adjudant Untel, il peut se situer par rapport à ces expériences parce qu'ils y étaient ensemble. Alors que le capitaine Untel n'y était pas. Pas plus que le commandant Untel.

662 L'éducation et la formation doivent refléter les auditoires auxquels elles sont destinées. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont trouvé un consensus remarquable parmi des personnes de presque tous les grades sur la manière la plus efficace de créer une compréhension du SSPT, laquelle consisterait à faire appel à des instructeurs qui ont eux-mêmes souffert du SSPT et ont dû affronter le système. Plusieurs employés du CSTSO a reconnu les avantages d'avoir des membres ou anciens membres qui ont souffert du SSPT et qui sont impliqués dans l'éducation et la formation, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Beaucoup de membres ont mentionné le lgén Dallaire comme exemple d'une personne idéale pour parler efficacement du SSPT parce qu'il l'avait vécu; le fait qu'il « se soit fait connaître » a été perçu comme un pas énorme dans la sensibilisation au SSPT au sein des FC. En fait, même les membres les plus sceptiques ont concédé que certains cas de SSPT sont vrais, se basant sur l'exemple du lgén Dallaire ou sur le vidéo *Témoin du mal*.

663 L'équipe d'enquête a trouvé d'autres exemples des avantages d'une éducation dispensée par des instructeurs qui ont eu une expérience directe du SSPT et qui en discutent bien simplement avec leurs pairs, dans une atmosphère détendue dans laquelle personne ne juge personne. Un des premiers MR supérieurs chez qui on avait diagnostiqué le SSPT a parlé à l'équipe d'une récente allocution qu'il avait prononcée lors d'un dîner au mess des MR supérieurs :

664 Après que j'ai eu fini de parler – nous avons parlé de Medak mais, en fait, j'avais fait le point sur la façon dont le SSPT avait été diagnostiqué chez moi et expliqué que si ça pouvait m'arriver à moi – ils appartenaient à une unité de la Force de réserve – un vétéran des Forces, ça pouvait arriver d'autant plus facilement aux soldats non encore formés. Après cela, huit ou neuf gars sont venus me voir [pour me dire] : « Vous savez, je me suis un peu senti comme ça », à quoi je répondais : « Vous avez besoin d'aide et vous ne devez pas avoir peur d'en demander. » [ils ajoutaient] « ... Je vais perdre mon épouse », à quoi je répondais « C'est bien la raison pour laquelle vous

> devriez y aller »; « Oui, mais si je le fais je peux dire adieu à ma carrière, comme vous dites adieu à la vôtre ». Ce à quoi je répondais : « Oui, je comprends que je dis adieu à ma carrière; mais qu'est-ce qui est le plus important? Votre santé et votre famille, ou continuer à vous cacher. »

665 On a déclaré à l'équipe d'enquête que l'éducation et la formation doivent être dispensées, en partie, par un groupe de pairs de grades équivalents (MR subalterne parlant à des MR subalternes, MR supérieur parlant à des MR supérieurs, et ainsi de suite). Il y a des preuves anecdotiques que les MR supérieurs bénéficieraient grandement de contact avec des soldats du même grade chez qui le SSPT a été diagnostiqué et qui n'ont pas cessé d'être productifs.

666 Il y a un nombre important de membres actuels et anciens des FC qui souffrent du SSPT et qui sont disposés à participer à ce processus. Beaucoup de ceux qui ont été interrogés par les enquêteurs ont parlé avec éloquence de leurs propres expériences. Comme on l'a déjà mentionné dans le rapport, la grande majorité d'entre eux sont ou étaient des soldats au-dessus de la moyenne qui seraient sans doute crédibles auprès de leurs pairs, à l'exception peut-être des plus récalcitrants. Je crois qu'ils feraient des instructeurs extrêmement efficaces à tous les niveaux des FC. L'un d'eux a déclaré :

667

> Vous devez y avoir été. Comme moi. J'apparaîtrais devant les FC et je porterais toutes mes décorations; j'ai neuf médailles. Je me lève et je dis : « Bon les gars, assez de niaiseries. Je suis réel et je suis passé par là moi aussi. Si quelqu'un, ici, pense que je niaise, qu'il lève la main et on mettra toutes les cartes sur la table. Si quelqu'un pense que je fraude le système, qu'il passe chez moi demain à deux heures du matin quand je suis dehors en train de vomir mes tripes l'autre côté de la clôture, alors vous pourrez me dire que je niaise. Vous pourrez me dire que je niaise quand, sur 365 personnes, [dans une mission] 11 sont morts ».

668 Un membre en activité de service, qui est atteint du SSPT, qui avait beaucoup réfléchi au sujet d'une formation efficace avant l'incident impliquant le cpl McEachern, a dit aux enquêteurs :

669

> Une des choses que je rumine, en ce moment est : existe-t-il un moyen quelconque de parler aux simples soldats, dans la brigade, pas pour leur donner un briefing, non, mais plutôt pour les réunir dans une salle de conférence et leur faire un exposé, les éduquer

> sur le SSPT. Voilà à quoi ça ressemble. Créer une atmosphère plus décontractée ... J'ai quatre volontaires qui sont disposés à le faire avec moi et à aller parler aux soldats séparés par grades; pas mettre tous les MR ensemble, mais mettre les simples soldats ensemble et s'adresser au groupe; mettre les caporaux ensemble et s'adresser au groupe; même chose avec les caporaux-chefs, les sergents et les adjudants ensemble, les adjudants-maîtres et adjudants-chefs ensemble, etc. Il faut les asseoir avec d'autres gars qui sont eux aussi réellement atteints du SSPT. Il faut bien réaliser que c'est nous qui sommes les véritables experts en matière de SSPT. C'est nous qui le vivons et tentons d'y faire face jour après jour.

670 Un autre MR supérieur, lui aussi atteint du SSPT et en cours de libération, a reconnu que les membres seraient bien mieux instruits par des instructeurs qui sont eux-mêmes « passés par là » :

671

> Je vous dirai de quoi ils ont besoin et ça marchera. Ce qu'il faut, c'est une équipe de gars comme moi, des gars qui ont souffert du SSPT, pour parler aux membres d'un bataillon, sans aucune répercussion.

672 Ce qui ne veut pas dire que la responsabilité de l'éducation et de la formation ne devrait dépendre que de ceux qui ont été atteints du SSPT. Ceux qui sont chargés de l'éducation des membres des FC devraient posséder, collectivement, un mélange d'expériences, de connaissances techniques et d'aptitudes d'enseignement. Je verrais tout à fait des équipes multidisciplinaires, composées de membres des FC qui ont ou ont eu le SSPT, de personnel soignant spécialisé en santé mentale, de travailleurs sociaux, d'aumôniers, d'OSP et autres professionnels, qui donnerait une formation sur mesure, adaptée à leurs auditoires. Ces équipes seraient coordonnées par le Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT (voir partie VIII).

673 L'idée d'une équipe composée de professionnels et de membres ayant une expérience personnelle du SSPT a été récemment testée sur le terrain pendant la Rotation 7 de l'Op Palladium, avec succès

semble-t-il. Le compte rendu d'opérations (CROP)[12] qui a été soumis au CLRA indique :

674 ROTO 7 DE L'OP PALLADIUM – 2 PPCLI BG – oct. 00 – mars 01

675 Commentaires de l'unité :

676 a. Pour 1RCHA, LdSH(RC) et 1RG, formation donnée par des professionnels en santé mentale. Pour 2 PPCLI, l'officier de service social de l'escadre a donné la formation avec l'adjm d'infanterie qui a une grande expérience de l'aide à ceux qui ont souffert du SDIC et du SSPT.

677 b. La combinaison d'un professionnel en santé mentale qui possède la connaissance académique théorique et d'un soldat d'échelon F respecté et expérimenté a donné des résultats exceptionnels. D'une façon générale, le plus grand problème éprouvé par les professionnels en santé mentale est qu'ils ne partagent pas les mêmes expériences ou perspectives avec le soldat d'échelon F et qu'ils ont une crédibilité extrêmement limitée. Dans ce cas, leur crédibilité était considérablement augmentée par les exemples pratiques et la crédibilité personnelle qu'apporte l'adjm. Cette méthode est fortement conseillée pour éduquer sur ce sujet, chaque fois que c'est possible. En outre, l'unité donnait des cours pour pairs-désamorceurs de façon à avoir deux personnes qualifiées par section. L'aspect le plus complexe de cette approche demeure le choix des candidats, de manière à disposer de suffisamment de personnel aux grades appropriés (généralement, les résultats sont meilleurs lorsque le désamorçage est assuré par des pairs), possédant la crédibilité et les caractéristiques personnelles permettant d'assurer qu'ils seront utilisés de façon appropriée.

[12] Depuis 1996, les unités qui ont été déployées doivent soumettre de l'information au CLRA sous forme d'un compte rendu de l'Opération (CROP) à la fin de l'affectation. Le CROP est composé d'une série de questions. Le CLRA traite cette information conformément aux besoins du haut commandement.

678 Les CROP n'étaient pas aussi élogieux dans les cas où des professionnels sans expérience de terrain ont été employés seuls pour donner de la formation aux membres en déploiement.

679 > Cette formation a été efficace et la qualité de l'instruction bonne. Cependant, elle manquait d'expérience personnelle.

680 Utiliser des membres actuels et anciens, qui ont souffert du SSPT, pour dispenser une éducation et de la formation sur le SSPT a un autre avantage. Beaucoup de membres du personnel soignant ont indiqué que parler de ce qui s'est produit est une partie importante du processus de guérison; beaucoup de patients sentent qu'ils pourraient apporter une contribution significative au bien-être des camarades et anciens camarades. Évidemment, tous les membres ou anciens membres qui proposent de parler de leurs expériences devraient avoir l'approbation de leur personnel soignant pour s'assurer qu'ils sont aptes à le faire.

Rx 2000

681 En 1999, le CEMD, le gén Maurice Baril, a donné instruction au Chef – Service d'examen (CS Ex) de procéder à une révision du Service de santé des FC (SSFC) afin de trouver comment améliorer les soins de santé donnés sur place dans les garnisons. Le projet Rx 2000 a été créé pour mettre en application les recommandations découlant de cette révision, ainsi que d'autres qui ont résulté de la Commission d'enquête sur la Croatie, du Rapport McLellan et du Rapport Lowell Thomas. Le DGS San, le bgén Lise Mathieu, est responsable de gérer et de mettre en application ce projet sous les auspices du SMA(RH-Mil).

682 Le Groupe initial de travail sur la santé mentale s'est réuni à la mi-février 2001 et a élaboré des concepts et des recommandations pour améliorer les soins en santé mentale dans les FC. Au cours de cet atelier, 65 fournisseurs de soins de santé, au Canada et en Europe, ont examiné dans une perspective multidisciplinaire les problèmes auxquels les services de santé mentale sont confrontés actuellement. À la fin de cette séance de trois jours, le groupe a convenu « de développer un réseau de soins en santé mentale qui maximise la bonne forme psychologique des membres des FC tout au long de leur carrière militaire, tout en aidant ceux qui sont victimes de blessures et de maladies de nature psychologique, d'une manière opportune et avec l'espoir d'une reprise des

activités ». Éducation et services d'approche ont tous deux été identifiés comme facteurs importants dans cette initiative. Dans une présentation au haut commandement, en juin 2001, le chef de projet a identifié les phases suivantes :

683 • rassembler toutes les données;

684 • concevoir un modèle préliminaire de services de santé mentale;

685 • inclure la santé mentale dans la prestation et la conception clinique – ressources et infrastructures – des soins de santé aux FC;

686 • développer des programmes d'éducation en santé mentale;

687 • lancer des programmes éducatifs axés sur les problèmes de leadership.

688 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont parlé avec l'officier supérieur chargée de mettre le programme de santé mentale en application. Elle a indiqué que le DGS San reconnaissait que l'éducation des membres sur les problèmes de santé mentale était une affaire pressante et que les FC était déterminé à s'y attaquer. Le SSFC a l'intention de lancer un programme global pour éduquer tous les membres des FC sur les problèmes de santé mentale, y compris le SSPT. Le personnel du SSFC a rencontré des représentants des SREIFC et des ACC; il veut trouver les moyens les plus efficaces de dispenser éducation et formation sur ce sujet. Malheureusement, à cause du manque de ressources et pour d'autres raisons, ce programme ne démarrera probablement pas avant février 2002, au moins.

Initiatives des FC en matière de communication

689 Des stratégies de communication objective, précise et informative sont un élément crucial du processus d'éducation et de formation des membres et de leur famille. L'équipe d'enquête a examiné les initiatives qui sont prises en matière de communication pour augmenter la sensibilisation au problème du SSPT, partout au sein des FC. Ces initiatives proviennent de plusieurs sources et font partie d'une série de mesures adoptées pour faire face aux troubles mentaux qui font suite à des déploiements. Selon le Directeur

général – Affaires publiques, qui nous a donné un aperçu de ce qui est projeté dans ce domaine, les FC sont déterminées à poursuivre les initiatives suivantes :

690 • Lettre des FC sur la santé au cours d'un déploiement. Cette lettre sera introduite par le CEMD.

691 • *Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et stress lié à la guerre.* Cette publication, basée sur une publication des Forces australiennes de défense (FAD), est actuellement distribuée aux fournisseurs de soins de santé des FC.

692 • Manuel pour les membres. Un manuel sur les troubles mentaux liés à un déploiement est en cours de préparation par le Directeur de la Santé mentale des FC.

693 • Bulletin au personnel. Une série en trois parties sur les troubles mentaux liés à un déploiement a été publiée à l'automne de 2001.

694 • Groupe de travail interministériel MDN/ACC. Un groupe de travail commun a été mis sur pied pour développer un ensemble de données pratiques qui seront distribuées aux fournisseurs de soins de santé et aux membres des FC. Le groupe s'est réuni au cours de l'été de 2001.

695 Le CFSP a également compilé deux documents sur le stress relié à un déploiement. Le premier, intitulé *Préparation au stress relié à un déploiement,* ne se rapporte pas au SSPT, alors que le second, *Préparation au stress dû à des incidents critiques,* s'y rapporte directement. Tous les deux contiennent des renseignements de base utiles et sont disponibles sur le site Web du CFSP.

Rétroaction sur les efforts actuels de formation pour les unités de déploiement

696 Le CROP recueille des données précieuses après chaque affectation. Deux sections du CROP traitent de sujets pertinents à cette enquête. Il s'agit de :

697 Série de questions 21 – Formation individuelle sur le stress dû à un incident critique

698 a. Qui a assuré la formation de l'unité sur le stress?

699 b. A-t-elle été efficace (qualité de la formation)? Pourrait-elle être améliorée?

700 Série de questions 94 – Stress post-opération

701 a. Y a-t-il eu un programme coordonné sur le stress post-opération?

702 b. Qui a coordonné ce programme?

703 c. Quel genre de suivi y a-t-il eu auprès du personnel de l'unité?

704 d. Le soutien d'agences extérieures a-t-il été requis?

705 Le présent rapport comporte des échantillons tirés des CROP. Le sentiment général est que la formation est efficace et utile. D'une manière générale, les réactions indiquent la nécessité d'y apporter quelques améliorations :

706 • dispenser la formation dans les deux langues officielles;

707 • utiliser des professionnels en santé mentale et des membres qui ont souffert du SSPT car c'est la formule la plus efficace (cet aspect a déjà été discuté en détail);

708 • prévoir, dans le programme de formation, suffisamment de temps pour aborder les problèmes liés au stress;

709 • accorder une attention spéciale aux réservistes et au personnel utilisé en renfort dans la phase post-déploiement.

710 Malheureusement, le CLRA a annoncé que la série de questions 21 sera supprimée des futurs CROP. Il a expliqué que :

711 > Après avoir examiné le contenu (questions) des CROP, en novembre dernier, nous avons décidé de supprimer la série de questions 21 dans ce que nous appelons la version 2001 (la version actuelle). La Rotation 8 de l'OP PALLADIUM est la première opération au sujet de laquelle on utilise la version 2001. Le fait que la série de questions 21 ne soit plus comprise dans les CROP n'empêche pas les unités de présenter leurs observations; la seule différence est que maintenant elles ne sont plus invitées à le faire. Habituellement, dans une situation semblable, la quantité d'information donnée sur le sujet chute énormément. La raison première de la suppression de ce sujet est que rien n'indiquait que les renseignements recueillis

dans la série de questions 21 ont été ou sont actuellement utilisés de façon courante pour de la recherche ou pour l'élaboration de politiques.

712 Étant donné le besoin critique de données sur le SSPT, la décision de supprimer la série de questions 21 des CROP devrait être revue. La qualité des données que les FC collectent sur le SSPT ne peut pas être améliorée sans des entrées basées sur l'expérience liée au déploiement et, en retour, la qualité des données a un impact direct sur l'approche des FC à cet égard.

713 Une autre nouvelle décourageante est venue du personnel soignant déployés sur le terrain pendant de longues périodes et chargés, en particulier, de donner des briefings de réinsertion. Leurs réactions indiquaient que les équipes multidisciplinaires déployées étaient un succès; mais on ne sait pas si elles seront discontinuées.

Résumé et recommandations

714 Sur la base des réactions provenant de toutes les parties et sous réserve de quelques ajustements au niveau des responsables de la formation, je crois que des ressources suffisantes devraient être octroyées à ce programme de diffusion par les CSTSO pour qu'on puisse étendre cette formation au plus grand nombre d'unités possible, avec pour ultime objectif que les CSTSO participent à la formation dans toutes les unités des FC.

715 À mon avis, la formation en matière de soutien aux pairs est un excellent outil, non seulement pour les techniques qu'elle enseigne mais également pour l'exposition générale qu'elle offre sur les problèmes liés au stress. Elle permet aux membres des FC sur le terrain d'identifier les symptômes et elle les encourage à se faire soigner immédiatement, ce qui est la clé d'un rétablissement complet des suites du SSPT.

716 Je recommande donc que :

5. **Les Forces canadiennes lancent un programme qui permettra à toutes les unités de recevoir une formation d'approche sur le SSPT, formation qui sera dispensée par les CSTSO.**

6. **Les CSTSO soient financés à un niveau qui leur assure les ressources suffisantes pour fournir une formation**

d'approche de haute qualité aux unités qui en font la demande.to units on request.

717 On a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman que les cours sont déjà surchargés et qu'il reste peu de place pour y ajouter le SSPT. Même si c'est vrai, cela n'enlève rien à la responsabilité d'éducation des FC sur le SSPT, éducation si désespérément nécessaire à tous les niveaux. Selon un ancien officier supérieur ayant une connaissance personnelle du système de formation :

718

> On commence au niveau d'éducation élémentaire avec quelqu'un qui est crédible ... On a besoin de jours supplémentaires parce que les cours sont déjà trop plein. Les officiers devraient avoir un cours de niveau plus élevé qui inclurait les façons d'identifier et de traiter le SSPT, mais tout le monde, à tous les niveaux, devrait y être sensibilisé.

719 En d'autres mots, le SSPT est une question si importante qu'il est impératif de lui trouver de la place dans les programmes. Les coûts humains et financiers dus au manque d'éducation dans ce domaine démontrent bien que l'éducation sur le SSPT doit devenir une priorité.

720 Je recommande donc que :

7. **Les objectifs d'éducation et de formation spécifiques et détaillés sur le SSPT soient inscrits dans les programmes d'études de tous les établissements d'éducation et de formation des Forces canadiennes, et que les critères de mesure de performance de ces organismes reflètent ces objectifs.**

721 Je tiens à rappeler qu'il y a des exemples d'histoires de réussite. Il n'est pas rare de voir des membres qui sont atteints du SSPT et qui continuent de faire parfaitement bien leur travail. Mais, dans pratiquement chaque cas de succès que mes enquêteurs ont rencontré, le facteur clé était le soutien de l'unité, même lorsque les membres ont choisi d'informer seulement leur chaîne de commandement, pas leurs pairs. Cependant, le soutien se référait le plus souvent à la sensibilisation au SSPT tant chez les pairs que chez les chefs dans l'unité.

722 Je recommande donc que :

8. **Les unités des Forces canadiennes soient mandatées pour fournir, à tous leurs membres et à intervalles réguliers, une formation sur le SSPT, en plus de la formation liée au déploiement.**

723 En résumé, les FC semblent être particulièrement déficientes en matière d'éducation sur le SSPT, surtout lorsqu'il s'agit de dispenser la connaissance la plus élémentaire aux niveaux des recrues et du commandement. À l'inverse, l'éducation et la formation en cas de déploiement sont de plus en plus détaillées et sophistiquées, en particulier au niveau des unités. De manière générale, la quantité et la qualité actuelles de formation et d'éducation ne permettent pas de répondre aux besoins des FC.

724 Dans la partie VIII du présent rapport, je recommande que les FC nomment un Coordonnateur pour les problèmes du SSPT qui serait responsable de conseiller et de coordonner les réactions aux problèmes du SSPT dans les FC. Il jouerait un rôle central dans l'éducation et la formation au sujet du SSPT dans le FC.

725 Je recommande donc que :

9. **Les Forces canadiennes fassent du SSPT un élément obligatoire de l'éducation et de la formation à tous les grades, et que l'éducation de tous les membres sur le SSPT devienne une priorité.**

10. **Le Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT joue un rôle central dans le processus d'éducation et de formation en agissant comme ressource et conseiller pour les bases, les formations et les commandements.**

726 Je suis d'avis qu'il est abondamment prouvé que pour avoir un maximum d'effet, l'éducation et la formation sur le SSPT à tous les membres des FC devraient être dispensées par des équipes multidisciplinaires, comprenant des membres actuels ou anciens qui ont une expérience personnelle du SSPT.

727 Je recommande donc que :

11. Les Forces canadiennes incluent des membres actuels ou anciens, qui ont une expérience personnelle du SSPT, dans toutes les initiatives d'éducation et de formation dans ce domaine particulier.

12. Des équipes multidisciplinaires englobant toutes les spécialités professionnelles qui ont un rapport avec le diagnostic et le traitement du SSPT, incluant des soldats expérimentés, soient mises sur pied pour dispenser une formation sur le service d'approche. Afin d'augmenter son efficacité et assurer sa normalisation, une telle formation devrait être placée sous le contrôle du Bureau du Coordonnateur pour les problèmes du SSPT.

728 Je me rends compte que le projet de Rx 2000 doit s'attaquer à beaucoup de problèmes et qu'il est nécessaire d'établir des priorités. Cependant, à mon avis, la nécessité de dispenser une formation et une éducation efficaces sur le SSPT à tous les membres des FC, est d'une telle importance immédiate que je crois que le SMA(RH-Mil) devrait allouer les ressources additionnelles requises pour démarrer le programme de santé mentale aussi rapidement que possible.

729 Je recommande donc que :

13. Les Forces canadiennes allouent des ressources additionnelles pour accélérer le lancement des initiatives proposées pour l'éducation en santé mentale mises au point par l'équipe de santé mentale du Rx 2000.

Partie V : Formation et procédures liées au déploiement

730 Il y a eu une très grande amélioration quantitative et qualitative, de la formation sur le SSPT avant, pendant et après les déploiements, au cours de ces dernières années; cela est dû en grande partie à la sensibilisation accrue des chefs qui ont été plus proactifs et ont informé les membres déployés ou en voie de l'être. Une autre raison de cette amélioration est l'existence des programmes de service d'approche conduits sur le terrain, par des professionnels qualifiés, en particulier le personnel du CSTSO. Les FC ont également déployé des professionnels en santé mentale pour toute la durée des missions opérationnelles et pensent déployer des travailleurs sociaux d'une manière semblable. Une partie de leurs fonctions sera de faire de la formation sur le terrain au sujet des problèmes reliés au SSPT.

731 Toutefois, il reste énormément de travail à faire dans ce domaine. Aussi récemment qu'en 1997, un soldat des FC a dit à des chercheurs qu'il avait participé à six déploiements mais n'avait eu qu'un seul debriefing, qui s'était résumé à une seule question : « Alors tout va bien? ». Dans un autre cas, un briefing a été donné dans un hall avec des centaines d'autres soldats – six ou sept semaines après le retour du contingent.

732 Bien que les différents secteurs de la Force terrestre possèdent des politiques en matière de formation relative au déploiement, ou qu'elles en préparent actuellement, il ne semble pas exister de politique pour l'ensemble des FC. Cela peut avoir des avantages dans la mesure où la formation peut alors être adaptée pour répondre aux besoins des différentes unités. Toutefois, il semble que chaque unité décide du moment et du genre de formation qui est offerte.

Politiques de la Force terrestre

733 La dernière OAFC (OAFC 34-55 – Gestion de stress dû à un incident critique, dans les Forces canadiennes) traitant de la formation sur le SSPT en vue des déploiements a été émise en 1994. Les différents secteurs de la Force terrestre ont été libres d'adopter les approches les mieux adaptées à leurs propres besoins.

734 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont demandé à la travailleuse sociale de secteur du CSTSO d'Edmonton de fournir une synthèse de la formation actuelle sur le SSPT en vue des déploiements dans

le SOFT. Elle a décrit comme suit la formation avant, pendant et après déploiement qui est offerte aux membres des FC et à leur famille :

735 Avant le déploiement chaque soldat a droit à un briefing de pré-déploiement accompagné de documents qui couvre les points suivants : préparation de la famille à l'absence du soldat, techniques de gestion du stress, identification du stress lié au déploiement (effets et gestion) et présentation du stress dû à un incident critique (événements traumatiques), et ressources disponibles sur le théâtre d'opérations pour désamorçage et debriefing. Les présentations pour les familles sont données par les Centres de ressources pour les familles des militaires.

736 Avant le déploiement, environ 10 pour cent du contingent recevra la formation sur le soutien par les pairs (cours de quatre jours). Par exemple si 1 100 soldats doivent être déployés, 110 ou plus recevront une formation pour donner les premiers soins psychologiques à leurs pairs et aider aux désamorçages et aux debriefings. Les soldats recevront une formation pour identifier les signes et les symptômes qui peuvent apparaître chez un membre exposé à un incident critique/événement traumatique et pour intervenir de manière appropriée. Les pairs de soutien reçoivent également une formation sur la prévention/intervention face aux risques de suicide. Ils sauront également quand et à qui référer de façon appropriée (officier médical, aumônier, A Méd [adjoint médical], autres ressources).

737 Sur le théâtre d'opérations, le psychologue militaire coordonne toutes les activités de debriefing, contrôle le niveau de stress du contingent et élabore des réponses appropriées, sur demande. Le psychologue militaire, les aumôniers, les officiers médicaux, les infirmiers en santé mentale et les pairs de soutien assurent les désamorçages, les debriefings et les suivis pour tout le groupe.

738 Environ un mois avant le retour du contingent, des briefings de réinsertion sont donnés aux soldats. Récemment, le psychologue et les aumôniers ont fourni ce service. Le briefing doit permettre l'examen de la mission (personnel, empirique, bon-mauvais, etc.), permettre l'expression initiale des émotions et examiner les sujets entourant la réinsertion avec la

famille (conjoint, enfants), avec la collectivité et la garnison, et dans le cas des réservistes, le retour à leur unité d'origine. Les briefings de réinsertion sont également ouverts aux conjoints et aux parents des soldats par l'intermédiaire des Centres de ressources pour les familles des militaires.

739 Les briefings d'après déploiement commencent environ six mois après le retour de mission. C'est la dernière occasion de rappeler aux soldats que s'ils ont des difficultés de réinsertion ou sont préoccupés par leurs expériences sur le théâtre d'opérations, c'est le moment de faire quelque chose à ce sujet. L'expérience d'autres soldats indique que les problèmes non résolus à ce stade sont peu susceptibles de disparaître. On peut se procurer une liste des diverses ressources existantes avec des numéros de téléphone, incluant les présentateurs. De plus, le personnel peut rencontrer le présentateur après son exposé. Les soldats et les conjoints ont le choix d'assister à une séance de groupe, de rencontrer un présentateur individuellement ou en couple.

740 Cette approche est une pratique du SOFT; elle n'est pas normalisée. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont examiné les directives suivantes du Secteur du Centre de la Force terrestre (SCFT) et du Secteur de l'Atlantique de la Force terrestre (SAFT) :

741 • Programme de gestion du stress lié au déploiement du SCFT (DSCFT 9-1-005);

742 • Programme de gestion du stress lié au déploiement du SAFT (DSAFT 5. 3. 6.).

743 Les deux directives ont des procédures semblables à celles trouvées dans la directive du SOFT; il y a cependant quelques différences. Par exemple, la directive du SCFT prévoit que toutes les unités du SCFT constituent un Bureau de première responsabilité (BPR) pour coordonner le programme de gestion du stress lié au déploiement. En outre, un officier désigné est nommé pour chaque soldat qui a été physiquement ou psychologiquement blessé. La tâche de l'officier désigné est de s'assurer que le soldat blessé « reçoit une aide médicale et administrative optimale pendant la période de rétablissement, de réhabilitation ou de libération ».

744 La directive du SFCT reconnaît que les symptômes liés au stress peuvent n'apparaître que très longtemps après le déploiement. Elle

note que c'est d'un intérêt particulier pour les membres de la Force de réserve et des troupes de renfort qui ont pu retourner dans leurs unités d'origine et peuvent « être oubliés avant que les problèmes apparaissent ». Pour cette raison, la directive prévoit que des efforts spéciaux doivent être faits dans le cas des membres de la Réserve et des troupes de renfort, y compris garder un contact régulier avec leur unité d'origine pendant et après un déploiement. La directive impose que les membres de troupes de renfort et les observateurs militaires de l'ONU, de la Force régulière ou de réserve, auront trois entrevues de dépistage pour réinsertion, de quatre à six semaines après le rapatriement, environ six mois après le rapatriement et environ 12 mois après le rapatriement. Le but du dépistage est d'identifier le plus tôt possible tous les problèmes de santé et d'obtenir, pour le membre, l'aide dont il pourrait avoir besoin, aussitôt que possible.

745 La directive du SAFT a une approche semblable au processus d'après déploiement. Elle stipule que tous les membres déployés auront un briefing trois à quatre semaines avant leur retour au Canada. Ce briefing « comprendra les aspects de gestion du stress et des stratégies de réadaptation individuelle et familiale ». De plus, la directive prévoit un dépistage continu pour les membres de la Force de réserve et des troupes de renfort. Les unités d'origine doivent être informées des incidents qui auraient impliqués un membre des troupes de renfort pendant le déploiement et qui « pourraient être perçus comme une source possible de problème ». Tous les membres de la Force de réserve et des troupes de renfort qui reviennent restent avec leur unité de déploiement pour passer à travers les procédures de groupe d'aide à l'arrivée; « c'est une condition d'emploi ». De plus, tous les membres doivent passer à travers un dépistage officiel de réinsertion dans un délai de six à huit semaines suivant une mise en congé de l'ONU. La directive stipule que « tous les efforts seront faits pour inclure le partenaire du membre dans ce processus de dépistage ».

Dépistage avant le déploiement

746 Le dépistage pré-déploiement est conçu pour identifier les membres qui ne devraient pas participer à un déploiement particulier pour diverses raisons, y compris médicales, personnelles ou psychologiques. Les soldats souffrant de troubles liés au stress sont reconnus pour se porter volontaires pour des déploiements, espérant que le déploiement les aiderait « à se sentir mieux ». Pour beaucoup de membres atteints du SSPT, la dernière fois qu'ils se

rappellent s'être sentis 'normaux' était lors d'un déploiement, un sentiment exprimé par beaucoup de soldats interviewés par les enquêteurs de l'Ombudsman. Par conséquent, il est important que ceux qui commencent à montrer des signes ou ressentir des symptômes de SSPT ne soient pas déployés, ce qui exige un dépistage pré-déploiement approfondi, incluant des entrevues avec des membres de la famille pour s'assurer que les symptômes ne risquent pas d'être aggravés par des déploiements multiples.

747 Le dépistage pré-déploiement n'est pas toujours uniforme. Dans certains cas, on le considère clairement comme une technicalité dont il faut se débarrasser au plus vite. Le manque chronique de personnel au niveau des unités aggrave le problème en augmentant la pression pour se débarrasser du dépistage pré-déploiement, rapidement (et avec succès). En ce qui concerne les renforts de la Force de réserve et de la Force régulière, le dépistage fait dans l'unité d'origine peut varier d'approfondi à inexistant. Il est fréquent que les conjoints ne soient pas consultés et c'est souvent à cause du désir des membres d'exclure leur partenaire du processus. Il en résulte qu'une bonne partie du potentiel de dépistage pré-déploiement pour identifier les problèmes est perdue.

748 Le problème n'est pas facile à résoudre. Les questions de confidentialité médicale et de droits de la famille compliquent davantage le dépistage pré-déploiement. Pourtant, le dépistage est un aspect important du processus de déploiement qui doit être réglé : lorsqu'il faut rapatrier un membre en cours de déploiement, ce dernier et les FC en général y perdent tous les deux.

Debriefings sur le stress dû à un incident critique

749 Les FC pratiquent couramment les debriefings d'aide après un stress dû à un incident critique (SDIC) sur un théâtre d'opérations. Beaucoup de services de police civile utilisent le même processus quand leurs membres sont impliqués dans des incidents tels que des tirs sur des policiers ou autres situations mettant leur vie en danger. Bien qu'un débat naisse actuellement au sein du personnel soignant sur l'efficacité de ces debriefings, il semble à première vue qu'ils sont bien plus utiles que ce qui se faisait antérieurement, soit

un petit debriefing formel, le cas échéant, après un incident sur un théâtre d'opérations. Le cpl McEachern a déclaré qu'il n'avait pas eu de debriefing formel après les incidents dont il avait été témoin et il a suggéré qu'un debriefing obligatoire des soldats, après des incidents critiques, serait précieux :

750

> Il faut traiter le SSPT comme le font les services de police. Dès que le gars porte la main à son arme ou est impliqué dans un incident critique, il est obligé d'aller voir le psychologue de l'armée ... on devrait [tous] être obligés d'avoir un debriefing, après un incident critique, par quelqu'un qui est à tout le moins un peu qualifié ou qui a la compassion que la situation réclame. De cette façon vous ne forcez pas l'individu à se dévoiler ... et à parler; même les gars durs, qui ne se dévoilent pas, ont des problèmes causés par ce qu'ils ont vu; ils ne veulent tout simplement pas l'admettre ... c'est pour ça qu'il faut que ce soit un processus obligatoire à travers lequel ... on doit tous passer quel que soit notre grade, ou ce qu'on ressent; tout le monde doit se faire connaître et en parler; et la situation doit être documentée; comme dans la police, même un incident mineur, comme sortir son arme ou devoir utiliser la force, est une poussée d'adrénaline et il faut en parler; on doit savoir que c'est correct si on a pleuré ou si on s'est senti gonflé à bloc ou que c'est correct si ... vous savez, c'est une réaction normale à une situation anormale ...

751 Il semble important que les membres aient un debriefing sur les symptômes du SSPT, ensemble et individuellement, à des moments où ils pourraient avoir besoin d'aide pour faire face à des symptômes de stress. Il est également important d'organiser des séances de debriefing obligatoires pour tous les membres déployés dans des opérations dans lesquelles le niveau de stress est très élevé, afin d'éliminer les stigmates rattachés aux séances, de manière individuelle. Dans le même temps, une séance individuelle ou des séances avec un membre du personnel soignant peuvent faire beaucoup pour étouffer dans l'œuf les problèmes potentiels.

Briefings de réinsertion sur le théâtre d'opérations

752 Lors de rotations très récentes, on a semblé traiter le stress lié au redéploiement et à la réinsertion de manière beaucoup plus

efficace et systématique. En novembre 1999, une équipe de quatre officiers de bien-être social (OBS) du Canada ont été envoyés au Kosovo pour faciliter la transition et la réinsertion, après leur mission, des 1 145 soldats qui avaient participé à la Rotation 0 de l'Opération Kinetic. Les OBS ont rencontré les soldats par groupes de 15 à 20. Un des buts de ces rencontres était de faciliter la discussion sur les problèmes liés au stress et de présenter les ressources disponibles. En outre, l'équipe de travailleurs sociaux a fourni des conseils directs et a procédé à des SVSIC pour 67 soldats, sur place. Elle a également pris contact directement avec les ressources disponibles en santé mentale, au Canada, pour les soldats qui avaient besoin d'aide.

753 L'exercice semble avoir réussi. Dans un sondage auprès des membres des FC de ce contingent, 61 pour cent ont indiqué que la séance de réinsertion avait été utile. De manière plus significative, 67 pour cent des membres interrogés ont indiqué qu'il serait utile d'avoir un travailleur social sur place pour toute la durée d'une mission.

754 Il semble bien que l'on envisage la possibilité d'intégrer des travailleurs sociaux aux unités qui sont déployées et ce, pour toute la durée des missions, comme l'a recommandé l'équipe d'OBS déployée au Kosovo, dans son rapport post-déploiement :

755 > ... on recommande donc vivement qu'un OBS soit déployé avec la Rotation 6 de l'Op Paliadium, en guise de projet pilote. Le cmdt du 1GBMC appuie ce projet pilote, tout comme la majorité des commandants de la KFOR mis au courant après la fin [des] ateliers.

756 Le rôle de l'officier de bien-être social pourrait inclure, entre autres, les fonction suivantes :

757 a. aider les cmdt lors d'un rapatriement pour prévenir les rapatriements [prématurés]ou pour faire une évaluation psychosociale écrite des lignes de conduite possibles. Une documentation écrite pourrait aider les cmdt en matière de gestion du personnel;

758 b. mettre sur pied une formation continue, incluant entre autres la formation des pairs sur le SDIC, le contrôle de la colère et du stress, la résolution des conflits, la médiation, la sensibilisation au problème du suicide;

759 c. fournir un soutien clinique aux médecins militaires, aux officiers infirmiers, aux adjoints médicaux et aux aumôniers.

760 En mai 2001, le SOFT a émis une directive intitulée *Besoins en personnel pour un redéploiement/déploiement post-opération* (dSOFT 3-1-029). Cette directive traite des problèmes de stress lié au redéploiement (c'est-à-dire être envoyé à la maison) et du besoin de décompression et de réinsertion.

761 L'introduction de la directive reconnaît combien il est important de traiter les problèmes post-déploiement qui affectent l'efficacité opérationnelle et le bien-être des membres et de leur famille :

762 La cadence opérationnelle actuelle, combinée aux ressources en personnel relativement limitées, impose aux soldats des FC des déploiements fréquents. Lors de ces opérations, les membres peuvent être soumis à des conditions dangereuses et stressantes qui peuvent entraîner des blessures physiques ou psychologiques dont certaines peuvent ne pas être évidentes immédiatement.

763 De multiples missions non accompagnées, sur une courte période, et les absences prolongées que cela entraîne tendent à annuler les avantages en matière de récupération que devraient apporter les permissions post-déploiement. Cela a des effets néfastes sur les membres des FC, leur famille et les possibilités opérationnelles des FC en général. Pour assurer le bien-être de notre personnel et pour maintenir nos possibilités opérationnelles à un niveau élevé, les membres qui reviennent d'opérations doivent disposer de temps pour récupérer et se réinsérer.

764 Les chefs, à tous les niveaux, doivent s'assurer, en toute priorité, que toutes les mesures possibles ont été prises pour faciliter la récupération et la réinsertion de leur personnel, à la suite d'un déploiement opérationnel. Cela inclut la création d'un environnement dans lequel les membres se sentent en confiance pour traiter des problèmes reliés au déploiement, comme le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), et se faire soigner au besoin par des professionnels.

765 La directive divise les briefings de redéploiement en trois phases :

Phase pré-redéploiement

766 Au cours de cette phase, tous les membres ont un debriefing de stress post-déploiement, sur le théâtre même d'opérations, par des membres qualifiés de l'unité, aumôniers, OSP ou personnel médical. Il y a aussi une disposition qui permet de faire donner un debriefing sur place par des professionnels envoyés du Canada.

767 De plus, les cmdt d'unité doivent s'assurer que chaque membre déployé reçoit une lettre au sujet du stress post-déploiement, avant de quitter le théâtre d'opérations.

768 Ce projet de directive d'orientation touche également les membres de la Force de réserve et des troupes de renfort. La politique prévoit que, 30 jours avant le rapatriement :

769 > Les commandants des unités déployées informent le commandant de l'unité d'origine des membres de la Force de réserve et des troupes de renfort, ainsi que le commandant de la formation de la possibilité d'une réaction de stress chez leurs membres, possibilité qui devra être suivie de près. Les commandants de toutes les unités secondaires rattachées à l'opération sont également informés.

770 De plus, le cmdt d'une unité déployée doit aviser, par écrit, environ 30 jours avant le rapatriement, les médecins civils des membres de la Force de réserve « de la nécessité d'examens médicaux post-déploiement ».

771 Les membres ont également un briefing de réinsertion, dans les 30 jours précédant le rapatriement, pour les mettre au courant « des problèmes auxquels ils pourraient être confrontés à leur retour au Canada et de la façon d'y faire face ». En outre, les membres doivent remplir un questionnaire médical qui contient une composante psychologique.

772 La politique impose également que des briefings de réinsertion soient donnés aux familles, au Canada, avant le rapatriement. Ces briefings doivent être coordonnés par l'OBS local et le CRFM. Il y a une disposition qui permet de donner des briefings, dans des endroits spécifiques, aux familles des membres de la Force de réserve si leur nombre, dans un endroit particulier, le justifie.

Phase de redéploiement

773 La politique dit qu'une personne qui n'aura pas eu de briefing pré-redéploiement sur le stress, sur place, en aura un dès son arrivée au Canada. En outre, tous les membres déployés devront, à leur arrivée, faire l'objet d'un dépistage médical qui comprendra un examen de tous les documents médicaux.

Phase post-déploiement

774 En plus du dépistage médical préliminaire de tous les membres déployés, dès leur arrivée, tous les membres de la Force régulière du SOFT « devront se prêter à un dépistage médical post-déploiement dans les 60 jours suivant leur retour ». La politique reconnaît que des mesures à plus long terme sont nécessaires pour assurer un suivi des problèmes médicaux, y compris les troubles psychologiques. Des briefings conçus pour fournir des informations aux membres et à leur famille sur l'aide dont ils pourront disposer seront également donnés par le travailleur social de secteur, environ six mois après le retour de déploiement.

Réceptions et debriefing post-déploiement

775 Le cpl McEachern a déclaré qu'il n'avait eu aucun debriefing à son retour d'Ouganda en 1996, un fait confirmé par son cmdt. Ce dernier a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'il n'existait pratiquement rien, sinon rien en termes de debriefing post-opérations, que ce soit avant le départ d'Ouganda ou au retour au Canada, parce que le déploiement avait été, selon lui, si calme.

776 > Nous faisons nos entrevues post-exercice, nous parlons aux gars. J'étais préoccupé par quelques gars qui avaient de toute évidence menti au sujet de leur situation personnelle. Mon objectif, mon principal effort a consisté à régler ce problème sans attendre.

777 > Essentiellement, les gars, parce que c'était le temps de Noël, j'ai dit aux gars en gros si vous avez la moindre inquiétude, dites-le maintenant. Nous demanderons qu'un un travailleur social vous rencontre. Pour ceux d'entre vous qui n'ont pas de problème ... et tout le monde veut rentrer à la maison pour Noël ...

778 Des progrès considérables ont été réalisés depuis, au niveau des debriefings et du redéploiement dans les unités du SOFT.

779 La façon dont des membres des FC sont accueillis à leur premier retour au Canada après un déploiement de maintien de la paix est extrêmement importante. Non seulement la réception immédiate symbolise l'appréciation des militaires et du pays pour les sacrifices des soldats de la paix, mais l'occasion d'un debriefing et d'un examen médical est également le moment idéal pour détecter des symptômes précoces de SSPT.

780 Bien que des efforts soient faits dans la plupart des cas pour saluer le retour des soldats de la paix, les enquêteurs de l'Ombudsman ont trouvé beaucoup d'exemples (certains récents) de réception négligée; cette phase importante a souvent été oubliée dans le cas des troupes de renfort de la Force régulière et de réserve. Dans un cas, au retour à Edmonton d'une rotation très récente, les renforts ont été envoyés vers des taxis en attente puis vers les hôtels locaux, tandis que les membres du groupement tactique (GT) étaient transportés en autobus vers la garnison principale pour une réception d'accueil. Beaucoup de renforts ont mentionné que, quand ils sont revenus dans leurs unités d'origine, peu de monde autour d'eux se rendait compte qu'ils revenaient d'un déploiement. De plus, il y a un cas où les renforts ont été accueillis avec un plein panier de courrier et des invitations à reprendre leur travail que d'autres avaient fait. Ces exemples sont d'un intérêt particulier étant donné l'utilisation répandue des troupes de renfort dans les GT. Un officier supérieur nous a dit que lors d'une récente rotation, « les quelque 1 100 soldats, quand on inclut les remplacements de mi-affectation, du GT venaient de plus de 120 unités différentes de la Force régulière et de réserve, de tout le pays ».

781 La rigueur de l'examen médical de retour de déploiement est extrêmement importante, à la fois pour détecter les problèmes qui ont pu se développer pendant le déploiement et pour établir des points de repère pour faire éventuellement valoir ses droits aux ACC. Sans surprise, la grande majorité des soldats qui reviennent déclarent qu'ils n'ont aucun problème; pour beaucoup d'entre eux, reconnaître un problème médical retarderait leur retour dans leur famille. Malheureusement, une telle déclaration peut, plus tard, être retenue contre eux s'ils signalent par la suite un problème sérieux. Selon une anecdote, on a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'en une occasion la Commission d'appel des ACC s'était basée sur cette déclaration pour refuser une demande de pension.

Décompression

782 La directive du SOFT définit la décompression comme « le processus par lequel le personnel passe d'un rythme de fonctionnement chargé et stressant au tempo moins stressant et plus lent d'un environnement de garnison ». Les enquêteurs de l'Ombudsman ont recueilli plusieurs idées constructives sur la meilleure manière de réaliser cette décompression. Une idée intéressante pour aider la décompression a été proposée par le CEMA pres SS capv Margaret Kavanagh :

783

> J'ai fait cette suggestion une fois ... Je pense que les gens devraient revenir de Bosnie par bateau; ils ont six jours pour rentrer chez eux et souffler. Ils peuvent boire toute la bière qu'ils veulent. On peut leur faire passer toutes les examens médicaux. On dispose d'un auditoire captif. On peut les immuniser contre tout. On peut leur donner tous les désamorçages. Ils peuvent se reposer et parler de certains de leurs problèmes avec leurs copains. Alors quand ils arriveront chez eux, ils auront déjà un peu décompressé et ils pourront rentrer directement ... Je suis extrêmement sérieuse, mais personne ne me croit.

784 Un ancien officier supérieur interviewé par les enquêteurs a suggéré que les membres aient du temps pour décompresser ensemble hors du Canada avant d'être rapatriés; une unité déployée dans l'ancienne Yougoslavie passerait une semaine dans un autre pays, juste après la fin de la mission, pour debriefing et décompression avant d'être rapatriée.

785 Le besoin d'une étape de décompression a été étudié par deux psychologues militaires dans un document parrainé par les FC en 1997[13]. Ils ont noté que quelques membres ont indiqué un « besoin de transition graduelle hors de l'environnement opérationnel ». La décompression pourrait impliquer une « période d'étapes » de quelques jours ou plus, au cours de laquelle les membres pourraient être préparés à leur retour chez eux. Les auteurs ont proposé que si des considérations de coût excluaient une « période d'étapes » pour les membres déployés, on pourrait ne l'offrir qu'à ceux qui seraient jugés les plus vulnérables. Ils ont recommandé « une étape de décompression intercalée entre le théâtre d'opérations et le foyer pour les membres qui ont ou risquent

---

[13] Soutien post-déploiement : *Directives pour l'élaboration d'un programme*. maj P. J. Murphy et capt G. Gingras, décembre 1997

d'avoir des réactions sérieuses dues au stress ou des difficultés de réajustement ».

786 Je ne suis pas convaincu que maintenir des membres éloignés de leur famille à la fin d'une longue mission soit une approche productive ou pratique de réinsertion. En effet, une prolongation de la mission peut augmenter le niveau de stress pour les membres et leur famille. En outre, les implications logistiques et financières sont considérables. Cependant, étant donné l'importance critique de la phase suivant immédiatement le déploiement, toutes les options devraient être explorées à fond pour s'assurer que les besoins et le bien-être des membres des FC sont bien pris en considération.

Permission post-opération

787 La directive du SOFT reconnaît l'importance de la réinsertion, dans laquelle la permission post-opération joue un rôle important. Traditionnellement, les membres revenant d'un déploiement recevaient une permission immédiate pour retrouver leur famille. La directive continue dans ce sens, en donnant une période de permission « suffisante », « normalement pas moins de vingt jours ouvrables », pour les membres rapatriés, avant leur retour à des tâches normales.

788 Cette approche est quelque peu critiquée. Beaucoup d'individus interrogés par les enquêteurs de l'Ombudsman ont préféré un processus plus graduel de réinsertion, après une affectation stressante. Par exemple, les membres pourraient à leur retour travailler des demi-journées pendant une période limitée, avant de prendre une permission non interrompue. Cette solution peut donner aux membres l'occasion de décompresser avec leurs pairs, tout en étant réunis à leur famille. En même temps, elle peut réduire la pression à la fois sur les membres rapatriés et sur leur famille en donnant à chacun un peu 'd'espace pour respirer' afin qu'ils puissent se réhabituer graduellement les uns aux autres.

789 Une représentante supérieure du CRFM a indiqué que les familles ressentent une pression considérable lorsque les membres débarquent soudainement à temps plein dans leur famille, dès leur arrivée. Comme elle l'a dit aux enquêteurs :

790 > ... la crainte est... les gars sont à la maison; que se passe-t-il quand ils reviennent au pays? Ils leur

> donnent un mois de congé et ils sont à la maison vingt-quatre heures par jour pendant un mois. Nous les avons encouragés à ne pas faire cela; ce n'est pas un moyen vraiment pratique de réinsérer le membre dans sa famille; on va d'un extrême à l'autre. Ils doivent revenir et garder contact avec les gars avec lesquels ils ont vécu pendant sept mois, et faire quelques remarques au sujet des meubles déplacés. Ils doivent avoir un peu de temps comme ça, même si c'est seulement une demi-journée par semaine pendant une semaine. Ils en ont besoin et leur conjoint aussi. C'est simplement trop d'un coup, maintenant.

791 Un adj, qui a une expérience opérationnelle considérable, l'a exprimé plus succinctement : « S'il vous plaît, ne jetez pas les soldats dans leur famille. »

Procédures de déploiement dans la pratique

792 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont regardé comment les politiques de déploiement se traduisaient dans la pratique. À cet effet, ils ont rencontré plusieurs personnes au 2 PPCLI à Winnipeg, qui avaient récemment rempli une mission dans l'ancienne Yougoslavie. L'unité avait clairement adopté une approche proactive des problèmes liés au stress, et la chaîne de commandement était consciente des problèmes et sensible aux façons novatrices de les traiter.

793 L'unité a nommé un officier supérieur comme coordonnateur administratif pour le stress, en lui donnant la responsabilité de coordonner les réponses aux incidents. Son processus détaillé de briefing pré-déploiement incluait des briefings sur le stress pour les familles et pour les soldats. L'aumônier, ou l'un des huit travailleurs sociaux, a interviewé chaque membre de l'unité avant le déploiement et a évalué s'il était émotivement apte à être déployé. Ils ont également ré-interviewé les troupes de renfort qui étaient déjà passées par un processus de dépistage dans leur propre unité. L'unité a libéré quatre jours du temps précieux de formation de pré-déploiement pour former des pairs-conseillers, avec un objectif d'un pair-conseiller pour neuf ou dix soldats. Elle s'est exercée à faire face à un incident critique et à traiter avec les membres impliqués dans un incident. Elle a vérifié le flot d'information vers et en provenance de la chaîne de commandement, a identifié et corrigé tous les problèmes qui ont surgi. L'unité a également donné à chaque soldat une brochure décrivant les signes et les symptômes de stress lié au déploiement,

y compris le SSPT; le CFRM a été encouragé à fournir cette information sur le stress aux familles des membres déployés.

794 L'unité s'est déployée en Bosnie avec un infirmier en santé mentale. Avec le soutien de la chaîne de commandement, lui, l'aumônier, le MM et le personnel soignant ont formé une équipe qui a joué un rôle proactif en s'occupant des problèmes liés au stress qui ont surgi. Ils ont pu vérifier leur capacité à réagir aux incidents dans des exercices de formation, en trois occasions au moins, pendant le déploiement; ils ont donné une éducation et une formation continues aux pairs-conseillers; ils ont visité chaque camp régulièrement et encouragé les membres à dire comment ils se sentaient. L'équipe et l'adjudant se sont réunis régulièrement, souvent chaque jour, pour évaluer comment l'unité se comportait face au stress.

795 Tandis qu'elle était déployée, l'unité a dû faire face au décès de deux de ses membres, tous les deux pour des causes naturelles. Au dire de tous, les pairs-conseillers ont réagi très efficacement. Ils ont identifié les individus qui avaient été près des défunts, offerts du désamorçage et annoté leurs dossiers médicaux. Une fois les problèmes immédiats traités, l'unité a évalué comment elle avait affronté la situation pour identifier ce qui avait marché et ce qui n'avait pas marché. L'unité a également traité deux tentatives de suicide et semble avoir réagi rapidement et avec compréhension à chaque incident.

796 Avant le rapatriement, des briefings de contrôle du stress et de réinsertion ont été donnés par l'aumônier, l'OSPB et l'infirmier en santé mentale. Ces briefings ont porté sur le SSPT. On a enseigné à un certain nombre de pairs-conseillers comment donner des briefings de réinsertion en petits groupes, dans leurs propres camps, à leur propre grade. Les pairs-conseillers ont également mis en place un système permettant de s'assurer que chaque membre avait eu un briefing et ils ont identifié les soldats susceptibles d'avoir besoin d'aide contre le stress. Chaque soldat identifié par les pairs-conseillers a été interviewé par un médecin qui a discuté des problèmes liés au stress. Le but était de s'occuper de tous les problèmes immédiatement et au sein même de l'unité.

797 De retour au Canada, les soldats ont dû retourner au travail pendant deux jours, pour se donner, à eux et à leur famille, du temps pour décompresser. (Quelques membres des troupes de renfort qui étaient impatients de retourner chez eux ont été furieux de ce délai.) Les travailleurs sociaux ont apparemment organisé

des séances de gestion du stress pour les soldats, environ six à huit semaines après leur retour de Bosnie.

798 Selon plusieurs membres de la chaîne de commandement, les précautions ont porté fruit. La chaîne de commandement et l'aumônier ont dit aux enquêteurs de l'Ombudsman que, en autant qu'ils pouvaient s'en rendre compte, le nombre de membres souffrant de troubles liés au stress est inférieur après cette mission à ceux de toutes les missions antérieures. La rétroaction des soldats dans les questionnaires écrits a été apparemment positive.

799 L'aumônier de l'unité a dit : « Je pense que nous avons fait plus dans cette unité pour préparer nos soldats au stress que dans n'importe quelle autre unité, dans toute l'histoire du Canada ». Même si les enquêteurs n'ont pas eu l'occasion de comparer directement les pratiques du 2 PPCLI à celles d'autres unités, je crois que l'approche adoptée par le 2 PPCLI mérite d'être sérieusement étudiée par d'autres unités.

Résumé et recommandations

800 Actuellement, plusieurs professionnels différents ont une responsabilité de dépistage – travailleurs sociaux, aumôniers, cmdt et MM – et, naturellement, le soldat lui-même. Il arrive souvent que ces professionnels ne partagent pas l'information; il en résulte que des problèmes potentiels ne sont pas dépistés et surgissent en cours de déploiement. Le CRFM est une autre ressource importante pour faire face aux problèmes familiaux d'avant et après déploiement.

801 Je recommande donc que :

14. Les Forces canadiennes mettent en place un processus de dépistage normalisé qui inclura tous les spécialistes appropriés et qui sera sous le contrôle d'un seul point de contact.

802 Différentes approches des permissions post-déploiement, y compris la décompression et la réinsertion graduelles, sont possibles. Les FC doivent également établir un équilibre entre leurs besoins opérationnels et les besoins des membres et de leur famille. Un point de départ pratique peut être de monter un projet pilote pour

déterminer quelle approche répond le mieux aux besoins de toutes les parties intéressées.

803 Je recommande donc que :

15. Les Forces canadiennes montent un projet pilote pour déterminer les moyens les plus efficaces, pour les membres revenant d'un déploiement, d'être réintégrés dans la vie de famille et la vie de garnison.

Partie VI :
Éducation pour le personnel soignant

804 Les professionnels en soins de santé interviewés ont reconnu que les FC sont proactives dans la création de possibilités d'éducation et de formation pour le personnel impliqué dans le traitement des membres des FC atteints du SSPT. Cependant, il y a toujours de la place pour une amélioration. Par exemple, les enquêteurs ont entendu dire que les travailleurs sociaux, dans les bases, sont de plus en plus sollicités pour traiter des problèmes reliés au SSPT. Tous les travailleurs sociaux des FC n'ont pas une formation suffisante pour dispenser des traitements aux membres atteints du SSPT. Comme le mentionne le travailleur social d'une base :

805

> Plusieurs collègues travailleurs sociaux et moi-même n'avons pas les compétences professionnelles requises pour soigner le SSPT. Cette situation doit être corrigée. Il va sans dire que si le traitement du SSPT est ajouté au mandat des travailleurs sociaux des FC, il devient impératif qu'ils reçoivent tous cette formation et acquièrent cette expertise clinique, pour lesquelles le haut commandement devra allouer des fonds. Les besoins et attentes de nos soldats en ce qui concerne le traitement efficace de ce trouble insidieux peuvent être adéquatement satisfaits de manière interne dans les garnisons et sur les théâtres d'opérations, avec du personnel soignant parfaitement qualifié. Je soupçonne que mon approche actuelle diffère de celle de mes collègues; nous manquons donc de standardisation au niveau des soins.

806 Un autre travailleur social d'une base a écrit :

807

> Le diagnostic et le traitement du SSPT subissent des changements constants et il est difficile de se maintenir continuellement au niveau de la recherche.

808 Un autre travailleur social des FC a souligné le manque de formation normalisée sur le SSPT, pour les travailleurs sociaux, comme étant un problème potentiel :

809

> Un problème est le manque d'uniformité dans la formation des travailleurs sociaux des FC. Ils reçoivent presque tous leur formation professionnelle initiale dans les universités civiles, avant de s'engager dans les FC. Une fois dans les Forces, la plupart d'entre eux participent à des ateliers et suivent des formations spéciales; cependant, cela ne se fait que sur une base

> *ad hoc*. Actuellement, il n'existe aucun cours de groupe spécifique-CGPM sur le SSPT. Cette situation devrait être explorée. Les universités enseignent chacune des modalités de traitement qui leur sont propres. Ces programmes de formation dans les universités sont souvent facultatifs. Nous avons donc un large éventail de formation et d'expériences au sein des services de travail social des FC ... Nous avons presque tous une formation, mais certains en ont plus que d'autres.

810 Un autre problème identifié par des gens qui se trouvent dans des zones éloignées est le manque d'occasions de rencontrer d'autres professionnels des soins de santé, au sein des FC, pour discuter du traitement des membres atteints du SSPT. Comme l'indique le présent rapport, les CSTSO compilent une masse considérable de données sur le traitement du SSPT d'origine militaire, mais il semble qu'il y ait un besoin de diffuser cette information aux professionnels en cause, sur le terrain, en particulier à ceux qui se trouvent dans des zones géographiquement éloignées.

811 Qui plus est, d'autres professionnels qui ne sont pas employés directement par le CSTSO, comme les travailleurs sociaux des bases, les aumôniers et les psychologues civils sous contrat, ont beaucoup d'expérience à offrir. Beaucoup de membres du personnel soignant qui ont rencontré les enquêteurs de l'Ombudsman ont insisté sur la nécessité de créer des occasions de rencontre pour que ces professionnels puissent échanger leurs idées et leur approche du SSPT.

812 Le lcol Matheson, travailleur social principal des FC, a reconnu le besoin de formation continue ainsi que la nécessité pour les membres du personnel soignant de faire du réseautage et de se rencontrer pour partager leurs expériences. Il a dit aux enquêteurs de l'Ombudsman :

813

> Des occasions plus nombreuses d'éducation dans le domaine du SSPT et d'autres problèmes de santé mentale sont toujours les bienvenues. Jusqu'à ce jour, la formation s'est faite principalement sur une base *ad hoc*, certains travailleurs sociaux recevant une formation considérable et d'autres ne recevant qu'une formation très limitée. Parfois c'est une question de financement, d'autres fois c'est une question d'occasion. Je suis un partisan convaincu d'une conférence annuelle ou de journées de réflexion, pour plusieurs raisons. C'est un excellent moyen de développer un véritable réseau de soutien et d'encourager la camaraderie, deux ingrédients

> essentiels à la lutte contre l'isolement. De plus, cela procure aux participants un excellent forum de formation.

814 La communauté des soins de santé et des soins pastoraux au sein des FC représente actuellement un vaste réservoir de connaissances sur la façon de traiter le SSPT. Elle doit partager ces connaissances, d'abord entre ses membres, puis avec d'autres professionnels qui travaillent sur le terrain, et enfin avec la chaîne de commandement. Clairement, la méthode la plus efficace de partager l'information est le face-à-face, dans un contexte propice. Je me rends compte que, dans un contexte de surcharge de travail, il est presque impossible de réunir toutes les parties dans un même endroit. Ceci dit, je crois qu'il est très important que les FC trouvent les ressources pour permettre à leur personnel soignant de se rencontrer dans des journées de réflexion annuelles et recevoir de la formation.

815 Quand on lui a demandé quelle éducation le personnel soignant avait reçu, un travailleur social des FC a répondu :

816

> Le financement et le temps semblent toujours poser des problèmes ici. Tous les OBS (militaires et civils), les aumôniers, les MM, infirmiers et conseillers de crise des CRFM devraient recevoir une formation régulière (semblable à celle qui sera bientôt donnée sur la violence familiale – à l'automne, si tout va bien) dans tous les domaines dans lesquels nous sommes habilités à intervenir. À part la formation sur la gestion du stress dû à un incident critique, toute la formation que nous avons eue sur le SSPT est le résultat de notre propre initiative, de notre recherche et des échanges que nous faisons entre nous ... En tant que OBS, je voudrais que notre secteur ait sa conférence annuelle, une formation plus régulière et plus normalisée, [et] des journées de réflexion annuelles.

Résumé et recommandations

817 En résumé, les FC utilisent leur personnel soignant en santé mentale comme première ligne pour faire face aux membres qui sont ou peuvent être atteints du SSPT. Beaucoup de ces travailleurs, en particulier dans le domaine du travail social, sont

appelés à remplir d'autres fonctions. Pour avoir un maximum d'efficacité, tous les membres du personnel soignant des FC doivent être convenablement formés pour faire face au SSPT. De plus, ils doivent pouvoir se rencontrer régulièrement pour s'assurer qu'ils se tiennent au courant des développements et des meilleures pratiques dans le traitement du SSPT. Dans certaines branches, les efforts ont déjà été faits; j'ai appris que l'aumônier général organise une journée de réflexion annuelle pour les membres de sa branche. Cependant, la branche du travail social des FC ne bénéficie pas, actuellement, d'une telle occasion.

818 Je recommande donc que :

16. **Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à tous les membres du personnel soignant en santé mentale, y compris les aumôniers et les travailleurs sociaux, d'avoir accès à la formation dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale.**

17. **Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à la branche du travail social d'organiser des journées de réflexion annuelles pour tous ses travailleurs sociaux. Le SSPT devrait être un thème important de ces journées.**

Partie VII : Mesures administratives

Politique sur les congés annuels

819 La question du changement de la politique sur les congés annuels et la confusion qui en a résulté ont été abordées dans la partie I du ce rapport. Au cours de l'enquête, plusieurs personnes interrogées ont émis l'hypothèse que ce changement de politique, survenu juste avant l'incident du 15 mars 2001 pourrait avoir été un élément déclencheur. Les décisions bureaucratiques de modifier des politiques ont souvent des conséquences imprévues dans des grandes organisations comme le MDN. La décision d'exiger que les crédits de congés annuels soient utilisés au cours de l'année pour laquelle ils ont été octroyés a eu de nombreuses conséquences positives au sein des FC. Pourtant, pour les membres placés sur la LEPND, les conséquences ont été en grande partie négatives. Le système, de toute évidence, n'a prévu aucun moyen de prédire l'impact de telles décisions sur les groupes minoritaires du personnel dont la situation est particulière.

820 De tels changements peuvent entraîner une grande confusion chez les membres placés sur la LEPND, à cause de leur isolement relatif par rapport aux autres membres de leur unité. Un certain nombre de membres atteints du SSPT ont fait allusion à l'annonce qu'il fallait dorénavant épuiser ses congés annuels avant de pouvoir obtenir des congés de maladie comme étant « l'insulte ultime ». Beaucoup de membres placés sur la LEPND sont rendus à une étape de leur carrière où ils planifient un retour à la vie civile; l'éventualité d'un paiement forfaitaire pour les congés annuels non utilisés peut représenter un élément très important dans cette planification.

821 J'ai noté avec plaisir que le SOFT a reconnu que cette question pouvait constituer un facteur important dans le cas du cpl McEachern et qu'il a créé, le 19 mars 2001, une équipe d'urgence pour étudier cette question. Elle a recommandé que la politique soit précisée au niveau du CEMAT. De plus, l'enquête administrative du SOFT sur l'incident du 15 mars impliquant le cpl McEachern a recommandé que la politique sur les congés soit précisée et que les membres placés sur la LEPND soient prévenus suffisamment à l'avance :

822

> La politique relative aux congés doit être précisée et diffusée à tout le personnel ... un suivi doit garantir que tous les soldats sont informés par les journaux ou à l'occasion des briefings de routine dans les unités ...

> La politique doit être promulguée au début de l'année à laquelle correspondent les congés et tous les membres doivent être informés de l'obligation d'épuiser leurs congés annuels quand ils sont placés sur la LEPND.

823 En d'autres termes, la politique sur les congés annuels doit être bien comprise par tout le personnel, incluant les membres de la chaîne de commandement. Lorsque des modifications sont nécessaires, elles doivent être apportées suffisamment tôt dans l'année pour que les membres puissent ajuster leurs plans en conséquence. Attendre les toutes dernières semaines de l'année de congé pour apporter des modifications majeures crée un stress inutile et des pressions qui peuvent être évitées.

Reclassement (RECL)

824 Le cpl McEachern a déclaré que, à l'époque où il devait quitter la LEPND, on lui avait dit qu'il devrait retourner dans son unité et qu'il serait affecté aux armes de combat; il avait alors senti qu'il n'avait d'autre choix que de quitter l'armée. Il pensait qu'il avait été « profondément humilié » et qu'il ne pouvait pas retourner dans son unité. De nombreux soldats placés sur la LEPND ou libérés des FC parce qu'ils étaient atteints du SSPT et à qui les enquêteurs ont parlé auraient préféré, comme le cpl McEachern, se retrouver sous un autre CGPM, plutôt que de retourner dans leur unité et leur CGPM d'origine ou être libérés.[14]

825 Le capc Greg Passey, maintenant un psychiatre civil qui pratique à Vancouver, a servi pendant 22 ans dans l'armée et a une très grande expérience du SSPT. Considéré au Canada comme un expert dans ce domaine, il continue à contribuer au traitement du SSPT. En tant que premier psychiatre du cpl McEachern, il est convaincu que le plan qu'il avait établi pour son patient aurait permis à ce dernier de se rétablir du SSPT au point de pouvoir fonctionner efficacement dans un autre CGPM. La décision de ne pas appliquer ce plan de RECL a été prise après la retraite du capc Passey. Il pense que le plan a été rejeté sous le prétexte qu'il violait les règles sur le RECL volontaire.

---

[14] Voir la partie I du rapport pour des extraits de la correspondance concernant un éventuel reclassement pour le cpl McEachern.

826 Lors de son entrevue avec les enquêteurs de l'Ombudsman, le capc Passey a décrit le contexte dans lequel il avait recommandé que l'on donne un RECL au cpl McEachern. Il a aussi parlé de sa préoccupation envers la politique régissant les RECL :

827

> McEachern est un excellent exemple de quelqu'un qui n'a jamais eu besoin d'être où il est. J'avais demandé, il y a de ça bien longtemps, que l'on instaure une politique selon laquelle si une personne était effectivement atteinte de – dans ce cas, il s'agissait du SSPT – il était très peu probable que les personnes atteintes du SSPT retournent un jour dans leur CGPM d'origine, qu'elles semblaient être de bons clients pour un traitement et qu'elles pourraient probablement être déployées dans des CGPM différents, alors je demanderais à l'armée d'instaurer une politique la préférence en matière de reclassification ... Si Chris [le cpl McEachern] avait eu la possibilité de faire ça, vous n'auriez jamais entendu parler de lui. Cela lui aurait permis de rebâtir son assurance et son estime de lui-même. La seule chose qu'il ait toujours voulu, c'était d'être soldat ... Son image était ce soldat dur. Cela l'a détruit.

828 Le capc Passey ne croyait pas que le cpl McEachern était le seul soldat pris dans ce piège bureaucratique. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interrogé un autre fantassin, à Edmonton, référé par le capc Passey, et qui leur a confirmé que sa demande pour un RECL avait subi le même sort que celle du cpl McEachern. Après avoir décrit la situation de ces deux soldats et en se basant sur son expérience militaire passée, le capc Passey a conclu « J'estime que ces deux gars étaient d'excellents soldats. S'ils avaient été placés à des endroits où ils auraient pu fonctionner, ils auraient été d'excellents soldats, quel que soit le code qu'ils auraient eu. On ne leur a pas donné cette chance ».

829 Bien que le fantassin mentionné plus haut ait suivi beaucoup de cours (militaires et civils) pour se qualifier comme homme de métier, il n'a pas été autorisé à prendre un RECL à l'extérieur du CGPM des armes de combat. Le résultat est qu'il sera éventuellement libéré après avoir été déclaré médicalement inapte; toute l'expérience qu'il a acquise sera perdue pour les FC. Un enquêteur du Bureau de l'Ombudsman s'occupe maintenant de sa plainte.

830 La Commission d'enquête sur la Croatie a recommandé que les FC adapte « un processus normalisé et flexible à toutes les occupations militaires qui permette d'accommoder le personnel qui peut encore apporter une contribution productive » (recommandation 12). À la mi-juillet 2001, il semblait que des progrès avaient été accomplis sur cette question. Le CANFORGEN 011/00 émis le 19 janvier 2000 avait annoncé des modifications à la politique sur l'universalité des services, modifications qui introduiraient plus de flexibilité dans l'emploi du personnel. Les décisions issues de la révision administrative entreprise entre le 30 juin 1999 et le 18 janvier 2000 (242 cas) seront revues à la lumière de ces nouvelles normes. Cependant, il restait encore, au 31 mars 2001, 900 dossiers à revoir dans le cadre de la révision administrative.

831 Le Directeur général – Carrières militaires, le bgén Jean Leclerc, a fait remarquer aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'il existait une différence entre un RECL volontaire et un RECL obligatoire. Son personnel traite avec des membres qui sont placés de façon permanente dans des catégories médicales inférieures à leur propre CGPM, mais toujours au niveau d'autres CGPM. Ces membres se voient normalement offrir des possibilités de mutation dans plusieurs métiers. Cependant, les membres à qui l'on assigne une catégorie médicale temporaire (catégorie assignée initialement à la plupart des patients souffrant du SSPT) se retrouvent sous la responsabilité administrative du côté recrutement, éducation et formation des FC, avec tous les autres membres qui demandent un changement de métier. Le capt R. Stevens, agent fonctionnel attaché au Quartier général du Groupe de recrutement des Forces canadiennes (QG GRFC) a informé mes enquêteurs que :

832

> Si un membre actif fait une demande de RECL volontaire et qu'il est assujetti à des restrictions à l'emploi pour des raisons médicales, le DAGRCM [Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)] décidera si ce membre peut être employé dans le CGPM qu'il demande. Normalement, le GRFC QG ne traitera pas une demande de RECL volontaire d'un membre qui est dans une catégorie médicale temporaire, à moins d'une forte probabilité de voir cette mesure temporaire levée avant le début de la formation dans le CGPM pour lequel ce membre est sélectionné.

833 L'idée est que si on accorde une priorité quelconque à un membre qui est assujetti à des restrictions d'emploi pour cause de SSPT, cela équivaut à « le faire passer avant son tour ».

834 La bureaucratie a aussi manqué son coup en d'autres occasions en se montrant incapable de répondre à temps à du personnel souffrant de déficience psychologique. Une psychologue clinicienne dans un grand centre urbain a décrit une situation dans laquelle la condition d'un membre actif souffrant du SSPT se détériorait dans le poste qu'il occupait alors. La psychologue avait recommandé un transfert immédiat dans un autre emploi :

835

> J'ai fait des recommandations à propos de cet homme, il y a au moins deux mois. Il a besoin de changer d'emploi. Il est devenu de plus en plus 'volatile' au cours des quelques dernières semaines parce qu'ils ne lui ont pas encore dit ce qui allait se passer. Les militaires sont reconnus pour demander des recommandations et être incapables d'assurer immédiatement le suivi ... Il doit bien y avoir un moyen d'accélérer les choses surtout lorsqu'une condition médicale est en jeu.

836 Il est amplement prouvé que le cpl McEachern était un soldat au-dessus de la moyenne et qu'on en lui voyait un grand potentiel d'avancement dans l'infanterie. Un examen de ses dossiers médical et personnel laisse entendre qu'il était un bon soldat qui avait été témoin d'un ou de plusieurs événements traumatisants, et que cela a par la suite affecté son rendement et son attitude. Il désirait avant tout être un soldat. La situation actuelle du cpl McEachern est un exemple flagrant de l'incapacité des diverses autorités, au sein des FC, à retenir dans ses rangs un soldat blessé qui était tout à fait récupérable. On aurait peut-être pu le récupérer tout simplement en l'affectant à un autre emploi qui permet une catégorie médicale inférieure. La personne soignante hautement qualifiée qui s'occupait de lui avait recommandé une telle mesure, qui n'a jamais été appliquée. [15]

---

[15] Comme nous l'avons souligné tout au long du rapport, le cpl McEachern ne demande aucune réparation personnelle pour la manière dont il a été traité par les FC. En ce qui concerne la question de reclassement, il a indiqué à mon chef enquêteur qu'il ne désirait pas élaborer davantage sur l'incapacité des FC à le reclasser quand elles en avaient l'occasion. Il a déclaré qu'il était satisfait que le présent rapport s'étende sur cette question de reclassement au niveau systémique.

Soldats en transition à leur retrait de la LEPND (préparation à la libération)

837 Il est d'une importance cruciale de s'assurer que les membres atteints du SSPT sont « préparés à la libération ». Les membres placés sur la LEPND sont en transition, que ce soit vers un autre emploi militaire ou vers leur libération; ils ont besoin d'aide pour franchir cette étape. En outre, les FC doivent absolument donner la priorité à la rétention de leurs membres au sein de l'armée. Les MM que nous avons interviewés ont indiqué que beaucoup de ceux qui souffraient du SSPT étaient retournés avec succès à leur ancien métier ou à un nouveau, et que certains avaient même été redéployés après avoir été soignés pour le SSPT.

838 La Commission d'enquête pour la Croatie a recommandé que les FC mettent sur pied « un processus uniforme et continu » visant à s'assurer que tous les membres qui doivent être libérés – tant de la Force régulière que de la Réserve – sont déclarés effectivement « prérarés à la libération » (recommandation 13). Cette notion de « préparation à la libération » est la même que celle que les FC appliquent à l'enrôlement : de la même façon que les individus ne sont acceptés dans les FC que s'ils sont physiquement et mentalement bons pour le service, les membres doivent être physiquement et psychologiquement bons pour la libération. Si un membre a besoin d'un traitement physique ou psychologique particulier pour faire cette transition, le traitement devra être appliqué complètement avant qu'il puisse être effectivement libéré des FC.

839 Le Groupe de travail « Bons pour la libération » formé pour faire des recommandations de révisions spécifiques au système de libération a identifié beaucoup de lacunes existant dans le système actuel. À partir du rapport du Groupe de travail, un plan provisoire a été soumis au CEM SMA(RH-Mil), en mars 2001 et le DSBA prépare actuellement un document pour le SMA(RH-Mil). Le rapport a recommandé qu'un plan d'action soit mis en œuvre pour faciliter la transition de la vie militaire à la vie civile de tous ceux qui sont libérés pour des raisons médicales. Cette initiative est extrêmement complexe et prendra plus de temps que prévu. Le DSBA espère avoir un plan approuvé à mettre en œuvre d'ici décembre 2001.

840 Il faudra créer une équipe de projet spécialisée. Une partie importante de cette initiative est le Programme des FC d'aide à la

transition (PAT). Selon le compte rendu fait au CEMD le 13 juillet 2001, le PAT contient maintenant plus de 200 CV et une base de clients potentiels de plus de 1 000 membres libérés pour des raisons médicales qui sortent d'une formation de réadaptation professionnelle et qui vont chercher du travail. Afin d'être en mesure de répondre à l'augmentation anticipée des demandes de services du PAT, ce dernier explore les possibilités d'implication des secteurs public et privé. Par exemple, il travaille avec les ACC à un programme d'équité en matière d'emploi et avec la fonction publique de Terre-Neuve à un programme de recrutement pour le personnel blessé ou libéré pour des raisons médicales. Conformément au concept de « bons pour la libération » appliqué aux membres des FC libérés pour des raisons médicales, ceux qui souffrent du SSPT ne devraient pas être prématurément libérés des FC, mais elles devraient être épaulés dans leur transition vers un retour dans les FC ou être préparés physiquement et psychologiquement à leur libération.

841 Je crois que, dans l'ensemble, les FC sont déterminées à améliorer le processus « bons pour la libération » et je les appuie pleinement dans les initiatives positives qu'elles prennent dans ce domaine.

Résumé et recommandation

842 Étant donné les efforts actuellement consacrés au recrutement et au maintien du personnel dans les FC, ainsi que les coûts encourus pour attirer et former de nouveaux membres, il semble qu'il serait dans le meilleur intérêt de toutes les parties que les FC adoptent une attitude aussi flexible que possible face aux mérites et au potentiel des RECL pour les membres qui sont atteints du SSPT. La grande majorité des membres atteints du SSPT, qui ont été interrogés par les enquêteurs de l'Ombudsman, avaient été évalués par leurs unités respectives comme de bons à excellents soldats. À la lumière de cette constatation, il n'existe pas de raison pour laquelle des soldats qui ont manifestement beaucoup à offrir ne pourraient pas être employés de façon productive, quelque part au sein des FC.

843 On a avancé que si l'on accordait des RECL volontaires aux membres atteints du SSPT cela pourrait créer un précédent malsain dans la mesure où cela pourrait en inciter d'autres à feindre le SSPT pour obtenir un RECL. À mon avis, cet argument ne tient pas.

Comme nous l'avons vu en détail dans le présent rapport, les conséquences du SSPT sont tellement négatives pour ceux qui en sont atteints qu'on ne peut s'imaginer que quelqu'un s'expose volontairement à de telles conséquences, dans le seul but d'obtenir un transfert. Qui plus est, le code de discipline militaire contient tout ce qu'il faut pour répondre de façon appropriée à un abus prouvé du système.

844 Je recommande donc que :

18. **Les règles concernant le reclassement soient modifiées pour pouvoir accommoder rapidement les membres atteints du SSPT et pour lesquels un transfert dans un autre groupe professionnel militaire serait thérapeutiquement bénéfique.**

Partie VIII : Problèmes systémiques

845 Au cours de cette enquête, les enquêteurs ont découvert que la situation du cpl McEachern n'est pas unique. Beaucoup d'autres soldats des FC qui ont eu des problèmes similaires ont contacté l'équipe d'enquêteurs pour leur donner d'autres informations. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont aussi été informés de problèmes reliés au SSPT dont le cpl McEachern ne s'était pas plaint directement. Ils ont donc examiné un éventail de problèmes qui semblent être d'une nature systémique.

Traitement des réservistes et du personnel de renfort

846 Étant donné que la première expérience du cpl McEachern en déploiement avec les FC a été comme réserviste,[16] les enquêteurs de l'Ombudsman ont regardé de plus près la situation de ces membres des FC ainsi que celle des renforts de la Force régulière attachés aux unités déployées.

847 On a beaucoup entendu dire que le personnel de renfort (provenant de la Réserve comme de la Force régulière et qui renforce les groupements tactiques) est particulièrement vulnérable au SSPT. Cette vulnérabilité pourrait bien être due à l'absence d'un groupe de pairs qui ont eu la même expérience de déploiement et, pour les réservistes, le manque d'interaction sociale avec des pairs dont bénéficient les membres de la Force régulière. Historiquement, parce que le personnel de la Réserve et de renfort ne fait pas partie de l'unité à laquelle il est rattaché, il n'a souvent droit qu'à des semblants de debriefings et à aucun suivi. Il faut cependant remarquer que des améliorations notables ont été apportées récemment au processus de briefing et de debriefing du personnel de la Réserve et des renforts, même s'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

848 Les membres de la Réserve représentent une portion significative des contingents déployés; les réservistes peuvent ainsi représenter jusqu'à 20 pour cent d'un groupement tactique. Dans certaines unités intégrées, les membres de la Réserve peuvent même dépasser en nombre les membres de la Force régulière. Les

[16] Les termes réserviste, membre de la Force de réserve et Réserve sont interchangeables et utilisés indifféremment tout au long de ce rapport.

enquêteurs se sont laissé dire que, au cours de la Rotation 2 de l'Opération Harmony en Croatie en 1995, une compagnie de carabiniers comptait 85 réservistes sur un total de 135 combattants. Avec le manque actuel de personnel dans les FC et la rapidité des opérations, la tendance risque fort de persister. En fait, on parle de déployer une compagnie de carabiniers composée exclusivement de réservistes lors de la 11e Rotation.

849 Une des plaintes du cpl McEachern est qu'il a été victime de discrimination parce qu'il était un ancien membre de la Réserve; il soutient qu'il s'agit d'un problème systémique parce que les membres de la Force régulière n'acceptent pas les membres de la Réserve comme membres à part entière de l'équipe. Je ne m'étendrai pas particulièrement sur ce problème dans ce rapport. Il n'en reste pas moins vrai que, au cours de l'enquête, il est apparu que certains dans le système considèrent les réservistes comme des citoyens de second ordre et qu'il y a des frictions importantes entre les membres de la Force régulière et les membres de la Réserve, frictions qui pourraient bien s'étendre jusqu'aux soins prodigués à ceux qui sont atteints du SSPT. Un officier supérieur de la Réserve a raconté une situation dans laquelle un membre de la Réserve chez qui on avait diagnostiqué le SSPT avait tenté de se suicider à plusieurs reprises. Selon cet officier supérieur, lorsque le commandant de ce réserviste a demandé de l'aide pour son subalterne, il s'est fait répondre, « qu'il aille au diable, c'est un réserviste; il peut bien se tuer, on s'en fout ». Espérons que ce n'est pas une réponse habituelle.

850 Le même officier supérieur a dit aux enquêteurs que la discrimination qui peut exister au sein des FC ne déborde sûrement pas chez les ACC :

851 > Chez les Anciens Combattants Canada, un ancien combattant est un ancien combattant. Qu'il vienne de la Force régulière ou de la Réserve, cela ne fait aucune différence. S'il y en a qui ont des problèmes, l'attitude est qu'on veut simplement les aider. L'attitude est très positive chez les Anciens Combattants.

852 Un réserviste de grade supérieur affecté au système médical des FC a donné un autre point de vue :

853 > Si on n'est pas capable de décider à la fin de la journée qui paie pour quoi, si on n'arrête pas de se demander de quel sacré budget ça doit sortir, on ne réglera jamais le problème. Si on n'arrête pas de dire ... les FC et ça veut dire seulement la Force

> régulière – parce que ce n'est pas vrai. Nous portons tous l'uniforme. Je m'objecte au fait de ne pas être considéré comme un membre des FC, parce que j'en suis un.

854 Parce que les réservistes sont souvent ajoutés sporadiquement à une unité en déploiement, ils peuvent se sentir isolés et 'différents' au sein de l'unité. Les enquêteurs ont entendu parler de réservistes victimes de discrimination de la part de membres de la Force régulière qui étaient persuadés que les réservistes étaient moins qualifiés. Lors d'un déploiement, les soldats doivent travailler en étroite collaboration, ce qui est difficile si les réservistes ne sont pas considérés comme des membres à part entière, avec les mêmes qualifications et les mêmes aptitudes. Être engagé dans des opérations intenses sans se sentir pleinement intégré et accepté dans l'équipe ne peut qu'être source de stress et par conséquent augmenter les risques de conséquences psychologiques graves comme le SSPT.

855 Il est utile d'insister encore une fois sur la grande importance des procédures de formation et de debriefing avant et après un déploiement, pour le bien-être du personnel de Réserve et de renfort. Le personnel de renfort affecté aux groupements tactiques court autant de risque d'être oublié dans la phase post-déploiement. Le retour dans les unités d'origine peut se transformer en expérience négative si, par exemple, les autres considèrent ce genre d'affectation de renforcement plutôt comme « des vacances ». Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu de nombreuses anecdotes démontrant que le personnel médical affecté aux unités en déploiement est plus susceptible d'être « laissé à lui-même » sans aucun soutien. Les réservistes et le personnel de renfort risquent tout autant d'être oubliés au retour du déploiement car ils n'ont pas un groupe de pairs avec lesquels parler de leurs expériences communes. Le commandant adjoint du SOFT, le bgén Dennis Tabbernor, en a fait personnellement l'expérience. Selon ses propres mots :

856

> On pourrait penser qu'un soldat, quels que soient ses acquis, qui revient au pays sera traité de la même façon, qu'il soit de la Force régulière, de la Réserve ou des renforts. D'une certaine façon, je crois que nous ne soutenons que du bout des lèvres les choses que nous affirmons ... Alors ça continue, peu importe ce que l'on dit ou ce que l'on fait. Nous sommes portant en 2001 et cela ne devrait plus se produire, mais ça continue

> tout de même... Quand on revient chez soi, tout le monde semble avoir hâte de renvoyer les renforts chez eux, d'être en congé et de reprendre une vie normale. Il se peut alors que nous ne fassions pas aussi bien que nous le devrions certaines choses que nos avons dit vouloir ou devoir faire.

857 On ne devrait pas sous-estimer les effets du manque de soutien. La plupart des gens que les enquêteurs ont interrogés ont souligné l'importance que peut avoir un groupe de soutien composé de membres ayant participé au même déploiement, pour aider un soldat à passer à travers le stress post-déploiement. En une occasion au moins on a dit que le personnel de Réserve et de renfort n'avaient pas été inclus dans les activités d'accueil organisées au retour de leur unité. Un réserviste a dit aux enquêteurs que ceux à qui c'était arrivé avaient été extrêmement insultés d'être ainsi exclus.

858 Comme les effets du SSPT ne se font souvent sentir que plusieurs mois après un déploiement, il est essentiel de garder contact avec les membres. On croit généralement, même au sein de la Force régulière, que l'organisation n'a pas fait le nécessaire pour assurer que le personnel de Réserve et de renfort soit suivi de façon appropriée. Comme l'a dit aux enquêteurs un officier supérieur avec 30 ans d'expérience :

859

> Les gars de la Réserve reviennent d'un déploiement et ils ont droit juste à un aurevoir. On n'essaie même pas de leur donner un debriefing normal. On leur dit simplement qu'ils peuvent appeler l'aumônier s'ils le désirent. Ils retournent dans leur unité respective et beaucoup d'entre eux quittent l'armée. Ce sont de véritables bombes à retardement ambulantes.

860 Cependant, comme nous l'avons indiqué dans la partie V de ce rapport, certains secteurs de la Force terrestre font des efforts considérables pour régler ce problème. Des directives sur le déploiement reconnaissent la nécessité de mettre sur pied un suivi du personnel de Réserve et de renfort, et elles établissent des procédures à cette fin.

861 Pour ce qui est de la responsabilité de garder le contact avec le personnel de renfort, l'unité déployée devrait être chargée d'assurer le suivi. Que les unités du personnel de renfort appartiennent à la Force régulière ou à la Réserve, celles qui connaissent peu ou pas un déploiement donné risquent d'avoir de

la difficulté à fournir un soutien approprié et n'auront aucune crédibilité auprès des soldats.

Les EIPRS/la LEPND

862 La Liste des effectifs du personnel non disponibles (LEPND), anciennement les Effectifs indisponibles pour raison de santé (EIPRS), permet aux unités de remplacer des membres qui, pour des raisons médicales, sont dans l'incapacité d'exécuter normalement leurs tâches temporairement (pour six mois ou plus) ou de façon permanente. Les membres peuvent éventuellement être libérés directement à partir de la LEPND ou reprendre leur service normal si leur condition médicale s'est suffisamment améliorée.

863 Lorsque la LEPND (auparavant les EIPRS) a été créée en novembre 1998 à Edmonton, trois membres y avaient été placés. Ce nombre atteignait 23 en janvier 2000 et 42 en février 2001, 22 autres membres attendant d'y être placés. Alors que cette enquête tire à sa fin (automne de 2001), il y a environ 120 membres sur la LEPND à Edmonton.

864 Beaucoup de soldats considèrent la LEPND davantage comme une étape dans le processus de libération, plutôt qu'un arrêt temporaire avant de reprendre des activités normales au sein des FC. Cette perception semble issue des statistiques de l'USS Edmonton sur la LEPND. Depuis février 2001, seulement deux des soldats qui avaient été placés sur la LEPND ont repris leur service normal. La conséquence la plus commune d'un placement sur la LEPND est une libération des FC pour des raisons médicales.

Transition des EIPRS à la LEPND

865 Le rapport du Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC) sur la qualité de vie au sein des FC en mars 1999 et le Rapport McLellan sur les soins donnés aux militaires blessés et à leur famille en novembre 1997 recommandaient tous deux que les politiques régissant la manière de rendre compte des blessures et autres problèmes médicaux soient réexaminées, y compris le statut des EIPRS. La principale préoccupation qui ressortait des deux rapports était le fait que la

centralisation des EIPRS obligeait le membre placé dans les effectifs à couper les liens qui le rattachaient à son unité.

866 Cela a mené au CANFORGEN 017/00 promulgué en 2000 et ordonnant que la liste centralisée (EIPRS) soit remplacée par une liste décentralisée rebaptisée Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND). Ce CANFORGEN a été remplacé plus tard cette même année par le CANFORGEN 100/00. Un des concepts primaires qui avaient entraîné la création de la LEPND était de fournir le maximum de soutien possible aux membres.

867 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu des commentaires positifs de la part de la communauté médicale des FC sur la création de la LEPND. Le DGS San, le bgén Lise Mathieu, a déclaré « la création de la LEPND montre que nous avons avancé – vers une situation dans laquelle les FC assument la responsabilité des personnes déclarées inaptes, plutôt que de se décharger de cette responsabilité sur un autre organisme ».

Une LEPND centralisée ou décentralisée

868 La gestion de la LEPND varie à l'intérieur des FC, reflétant les priorités locales. Dans certains secteurs, on a adopté une approche centralisée; dans d'autres, on favorise plutôt une approche décentralisée vers l'unité. Peu importe l'approche adoptée, il semble que l'approche d'une LEPND centralisée génère un mécontentement considérable à cause de son incapacité à répondre de façon satisfaisante aux besoins des FC et à ceux des membres atteints du SSPT.

869 Voici une courte analyse des avantages et inconvénients d'une approche centralisée de l'administration du personnel blessé, par opposition à une approche décentralisée. Selon l'approche centralisée, l'unité n'est plus responsable de son membre blessé; l'organisme central emploie ce dernier, administre ses affaires et en prend soin. Dans le cas du cpl McEachern, il a été transféré du 1 PPCLI à l'USS Edmonton. (L'USS Edmonton continue de suivre l'approche de la LEPND centralisée, contrairement à la décentralisation prônée par le CANFORGEN.) Selon l'approche décentralisée, le membre reste sous la responsabilité de son unité. Aucune des deux approches n'interdit l'implication de l'unité ou l'organisme central dans le traitement d'un membre; par contre le très important sentiment de responsabilité à l'égard de ce dernier change.

870 En bref, les aspects positifs de l'approche centralisée soulignés aux enquêteurs de l'Ombudsman sont :

871 • Le commandant de l'unité n'a plus la responsabilité de l'administration quotidienne de ses membres placés sur la LEPND et il peut donc se concentrer sur la formation et les opérations.

872 • Cela permet aux membres qui ont des problèmes de santé sérieux de constater qu'ils ne sont pas seuls.

873 • Dans les unités, on n'est pas aussi familier avec les problèmes de santé mentale ni aussi informés des ressources et des droits accessibles aux membres qu'on peut l'être dans une organisation centrale. Les membres qui ont des problèmes de nature psychiatrique peuvent avoir besoin de beaucoup de soutien, particulièrement de l'expertise spécialisée qui est disponible de manière centrale.

874 • Théoriquement, l'approche centralisée garantit que les membres sont référés de façon appropriée aux autorités médicales, aux travailleurs sociaux et aux programmes de retour au travail.

875 • Cela facilite la cohésion et la coordination des services aux membres en créant un point de contact central.

876 • Cela garantit que les membres placés sur la LEPND sont traités de la même façon, plutôt que selon des normes qui varient d'une unité à l'autre.

877 • Cela garantit que les membres ne risquent pas d'être oubliés et qu'ils sont étroitement suivis.

878 • Cela garantit un suivi adéquat sur le plan administratif et que les membres sont bien informés des changements dans ce domaine.

879 • Cela donne à l'unité la possibilité de remplacer ses membres, de sorte que sa capacité opérationnelle n'est pas affectée.

880 Quelques inconvénients de l'approche centralisée ont aussi été soulignés aux enquêteurs de l'Ombudsman :

881 • C'est la base et non plus l'unité qui prend en charge les membres placés sur la LEPND; il en résulte que ces derniers ont l'impression d'avoir été « oubliés », « abandonnés », « laissés à la dérive » et « mis à l'écart » par leur unité.

882 • Un des objectifs du passage des EIPRS (système centralisée) à la LEPND décentralisée était d'encourager le contact entre les membres et leur unité, et de maintenir la confiance de ces derniers dans le désir de leur unité de s'occuper d'eux. Les soldats se plaignent constamment de ne plus avoir de contact avec leur unité une fois qu'ils sont placés sur une LEPND centralisée.

883 • La perte de ce contact peut nuire aux meilleures chances d'un soldat de pouvoir éventuellement reprendre un service normal. L'unité peut aussi continuer d'employer le soldat à temps partiel, à d'autres tâches comme des tâches administratives ou à la cantine, de sorte que ce dernier sent qu'il fait toujours partie de l'unité et qu'il est utile.

884 Les bénéfices d'une LEPND centralisée font l'objet de discussions au sein de la communauté du personnel soignant des FC. Un travailleur social des FC a résumé les points de vue exprimés par beaucoup sur l'efficacité d'une approche centralisée dans le traitement des membres atteints du SSPT :

885 > Je crois que cela entraîne des problèmes [de placer les membres atteints du SSPT sur la LEPND] ... J'ai vu des gens écartés du travail pendant des mois, ce qui n'est pas une solution à long terme. Ce n'est pas conforme à la philosophie de gestion du stress dû à un incident critique, selon laquelle les gens reçoivent des conseils, bénéficient d'une intervention immédiate et récupèrent aussi près que possible du théâtre des opérations. Les études ont démontré que ces gens ont plus de chances d'avoir un retour rapide et facile à une activité normale. C'est lorsque les gens sont complètement retirés des opérations qu'ils deviennent marginalisés et isolés, qu'ils ont plus de la difficulté à retourner au travail. En raison de son utilisation, la LEPND peut parfois renforcer le sentiment que ceux qui sont placés sur la liste sont en quelque sorte 'fêlés', malades ou incompétents. Une meilleure approche serait un temps de récupération plus court et loin des opérations, suivi de tâches moins exigeantes mais près de leurs pairs. Cela serait accompagné, bien sûr, d'une éducation des pairs visant à maximiser le ralliement à ce projet et le soutien de ceux qui feraient le travail

> exigeant, tandis que d'autres seraient affectés à des tâches plus faciles. Cela implique que les blessures psychologiques seraient désormais considérées comme des blessures authentiques. Des enregistrements vidéo de témoignages pourraient aider dans ce sens. Cela aide au rétablissement de sentir que l'on fait vraiment partie de l'organisation et que l'on continue d'y apporter sa contribution, même hors de la 'ligne de feu' pour quelque temps. Le milieu de travail possède des vertus curatives remarquables.

886 La LEPND d'Edmonton a été centralisée pour décharger les cmdt du fardeau administratif que représente la LEPND, étant donné le nombre élevé de membres qui avaient été placés sur cette liste et aussi pour procurer à ces derniers le meilleur soutien possible. Les enquêteurs n'ont entendu que des commentaires positifs sur le capt Tizzard, officier commandant la LEPND de l'USS Edmonton, tant de sa propre chaîne de commandement que des membres sur la LEPND qu'ils ont rencontrés. Il faut se réjouir de certaines initiatives qui ont été prises en vue d'améliorer la LEPND d'Edmonton. Par exemple, le SOFT a reconnu que la LEPND a besoin de ressources additionnelles pour pouvoir faire face à un nombre de cas en augmentation rapide (de 3 membres à la fin de 1998 à plus d'une centaine de membres aujourd'hui) et il s'apprête à fournir ces ressources. Des efforts accrus sont faits pour améliorer la communication entre les membres qui sont placés sur la LEPND et ceux qui sont chargés de l'administrer. Cela dit, beaucoup de ceux qui ont été placés sur la LEPND, dont le cpl McEachern, sont convaincus qu'ils y ont été placés parce que leur unité les considérait comme un fardeau et voulait s'en débarrasser.

887 Beaucoup de personnes interrogées ont suggéré qu'il devrait y avoir une politique aussi flexible que possible permettant qu'un membre soit placé sur une LEPND centralisée ou une LEPND au sein de l'unité car certains membres réagissent mieux en étant sur une LEPND centralisée en étant sur une base, mais d'autres réagissent mieux en restant dans leur unité. La plupart des personnes intéressées s'accordent à penser que, en principe, il est infiniment plus profitable aux membres qu'ils restent le plus près possible de leur unité. Cependant, selon des sources variées, les cmdt d'unité ont un intérêt à placer leurs membres blessés ou malades sur une LEPND car ils peuvent alors les remplacer. Cette exigence place évidemment les cmdt dans une situation conflictuelle entre leur désir de maintenir la pleine capacité de leur unité et celui de ne pas abandonner leur responsabilité à l'égard de

leurs soldats. Il est évident qu'il faut une politique plus flexible dans laquelle toutes les parties impliquées auraient leur mot à dire, y compris les soldats placés sur la LEPND.

Circonstances dans lesquelles un membre est placé sur la LEPND

888 Normalement, les membres de la Force régulière peuvent être placés sur la LEPND dans l'une des trois situations suivantes :

889 1. Membre en congé de retraite, qui est hospitalisé ou en congé de maladie et qui a besoin d'une prolongation de service;

890 2. Membre qui est restreint dans ses activités de façon importante pour raisons médicales et pour une durée de six mois ou plus;

891 3. Membre à qui on a donné une date de libération médicale et qui est autorisé à participer à un programme complet de réadaptation à la vie professionnelle.

892 L'article 5 du CANFORGEN 100/00 stipule qu'un membre devenu inapte en raison d'états médicaux nécessitant des restrictions à l'emploi (EMNRE), pour une durée de six mois ou plus, pourra être placé sur la LEPND si le cmdt de l'unité considère que son remplacement est essentiel.

893 L'alinéa 5.B.(2) du CANFORGEN 100/00 dit que « le CSS [coordonnateur des soins de santé] informera le cmdt des restrictions à l'emploi d'un de ses membres et du degré de probabilité et de la date éventuelle d'un retour à des activités normales sans restrictions ».

894 Le cmdt doit mettre le processus en marche pour faire placer un membre sur la LEPND et envoyer le formulaire de demande au gestionnaire de carrière approprié. Si le cmdt désire que le membre soit placé sur une LEPND ailleurs que dans son unité, il doit en donner les raisons au gestionnaire de carrière.

Rôle du gestionnaire de carrière

895 L'alinéa 5.B.(3) définit les fonctions du gestionnaire de carrière comme suit :

896 Dès réception de la demande, le gestionnaire de carrière place le membre sur la LEPND, à un endroit où il pourra poursuivre son traitement et où des services administratifs normaux sont fournis. Des facteurs comme l'endroit (par exemple à l'extérieur du Canada), la disponibilité de soins médicaux appropriés (militaires ou civils) et la nécessité de déménager avec la famille plus ou moins proche, seront pris en considération. En l'absence de raison impérieuse et s'il n'est pas nécessaire de changer d'endroit, le membre devrait être placé sur la LEPND dans son unité ou dans une USR désignée. *Dans tous les cas, c'est l'intérêt du membre qui prévaut*. [emphase ajoutée] Le DSBA sera inclus dans le message de placement sur la LEPND, en tant que destinataire pour suivi. Le gestionnaire de carrière procédera au remplacement aussitôt que possible, en fonction des priorités des FC et des disponibilités en personnel.

897 Le paragraphe 5.D stipule qu'un membre sera retiré de la LEPND après que le CSS aura informé l'unité que le membre est apte à reprendre ses fonctions sans restriction notable. À ce moment, « le cmdt préviendra le gestionnaire de carrière pour qu'il affecte le membre à un poste convenable ».

898 Plusieurs membres des FC ont dit aux enquêteurs qu'il arrive parfois que les gestionnaires de carrière rejettent ou retardent une demande d'un cmdt de placer un de ses soldats sur la LEPND à cause des exigences opérationnelles, d'un manque de personnel ou des restrictions budgétaires affectant les dépenses de déménagement. De fait, un MR supérieur a affirmé aux enquêteurs que le système ne fonctionne pas. À son avis, certains gestionnaires de carrière utilisent des quotas qui ne permettent pas qu'il y ait plus qu'un nombre fixe de membres d'un GPM donné en même temps sur la LEPND, souvent parce qu'on manque de personnel pour les remplacer.

Maintien de la responsabilité à l'égard du membre placé sur la LEPND

899 ... ils avaient demandé au groupe de réflexion composé de cmdt de tous les coins du pays qui est responsable d'un membre devenu inapte? Et ... la moitié du groupe avait répondu que c'était le Chef du Service de santé ... 30 pour cent avaient répond que

> c'était quelqu'un d'autre mais ne savaient pas qui; seulement 20 pour cent avaient répondu que c'était eux qui étaient responsables.
>
> DGS San

900 Comme on l'a souligné dans la partie III du rapport, cette question du soutien de l'unité est une question cruciale pour les membres atteints du SSPT.

901 Le cpl McEachern s'est d'abord plaint du manque de soutien de son unité, manque de soutien matérialisé par le fait que l'unité avait coupé tout contact avec lui lorsqu'il avait été placé sur la LEPND. Il a déclaré qu'aucun de ses supérieurs au 1 PPCLI n'avait communiqué avec lui depuis son transfert sur la LEPND, à l'exception d'un caporal-chef de sa compagnie qui avait appelé pour avoir de ses nouvelles. Selon lui, ce manque de soutien représente un problème sérieux :

902
> C'est le problème. On pourrait s'attendre à ce que notre unité nous souhaite 'bonne chance et bon rétablissement' et maintienne le contact pour savoir comment on se rétablit, etc. ... De la part de ma chaîne de commandement, absolument rien.

903 Le cpl McEachern a décrit comme suit le sentiment de trahison qu'il a éprouvé devant une telle absence de soutien :

904
> ... tout le système régimentaire repose sur un soutien dans un entourage familial pour les soldats qui traversent des périodes difficiles. Souvent, quand les soldats émergent d'environnements difficiles, voilà sur quoi ils tombent, le système régimentaire, l'honneur régimentaire, le drapeau, ceux qui sont morts pour le drapeau, l'honneur. OK, nous savons que vous êtes malade; nous allons prendre soin de vous – rien de ça n'existe ici. Le sens de la famille régimentaire n'existe plus. C'est chacun pour soi et on part en emportant ce qu'on peut ...

905 Il a affirmé croire que son rétablissement aurait pu tirer profit des signes de soutien ou de gestes symboliques d'appréciation de sa carrière militaire :

906
> ... c'est là que le soutien de l'unité est important. Vous savez, le SSPT ... Je crois que c'est gérable mais quand on est complètement humilié et tenu à l'écart par son unité, on ... J'ai travaillé si fort pour être un bon

> soldat et, vous savez, je me suis senti tout à fait humilié alors que tout ce que je voulais c'était une tape dans le dos et quelque chose comme 'bon travail, merci d'avoir eu le courage de vous faire connaître' vous savez, 'merci d'avoir servi le régiment, vous êtes un bon soldat' et vous savez, comme ... on n'en demande pas beaucoup.

907 En guise de solution à ce problème, le cpl McEachern a suggéré :

908

> ... il faut établir une véritable liaison entre le régiment et la LEPND, liaison assurée par un commandant de peloton ou un capitaine. Ils s'occupent véritablement du bien-être de leurs soldats qui restent toujours en contact avec le régiment et lorsqu'il est question d'une remise de médaille ou de récompense, ou de toute autre chose qui doit être faite, cela devrait se faire au niveau du régiment; on sent que l'on fait toujours partie de la famille régimentaire.

909 Un des enquêteurs a rencontré un officier du 1 PPCLI qui était partiellement responsable de maintenir le contact avec les membres de l'unité à l'époque où le cpl McEachern était placé sur les EIPRS/la LEPND. L'officier a reconnu que, à cette époque, l'unité n'avait peut-être pas été aussi assidue qu'elle aurait dû l'être dans le maintien de ses contacts avec ses membres sur les EIPRS/la LEPND. Il a cependant fait remarquer que, parfois, les membres placés sur la LEPND ne souhaitent pas être contactés par leur unité. Il y a eu des cas où le personnel soignant a indiqué que des contacts avec l'unité auraient des effets négatifs sur le rétablissement d'un membre. Cet officier trouvait que l'unité était un peu coincée « entre le marteau et l'enclume » quand il fallait décider de communiquer ou non avec un de ses membres placé sur la LEPND. Ce sentiment était partagé par beaucoup d'autres membres de la chaîne de commandement à qui les enquêteurs ont parlé.

910 Le même officier a aussi indiqué qu'on est aujourd'hui beaucoup plus conscient, au sein de l'unité, de l'importance d'un contact régulier avec les membres placés sur la LEPND et qui le désirent. L'adjoint au capitaine-adjudant a la responsabilité de communiquer par téléphone, chaque mois, avec ces membres pour les tenir au courant de ce qui se passe dans l'unité et pour savoir s'ils ont besoin de quelque chose. Il est vrai que le 1 PPCLI s'est montré particulièrement proactif à cet égard. Le nouveau cmdt a créé un poste de 'MR chargé du bien-être' et dont les tâches incluent le

maintien d'un contact régulier avec les membres sur la LEPND de l'unité et sur la LEPND centrale. Cette initiative est bienvenue et semble aller dans la bonne direction; il serait utile d'en évaluer l'efficacité pratique.

911 L'enquête administrative[17] faite par le SOFT sur l'incident impliquant le cpl McEachern a permis de mettre en lumière le fait que « tous les membres placés sur la LEPND » de la base d'Edmonton pensent qu'ils manquent de contact avec leur unité respective. L'enquête a fait la recommandation suivante :

912

> Contact régulier avec l'unité. De nombreux soldats placés sur les LEPND se sentent abandonnés par leur unité à cause du manque de contact régulier avec elle et des sentiments négatifs qui se sont développés au cours des années. Le CANFORGEN 100/00 demande aux unités de nommer une personne-ressource officielle pour l'unité et de maintenir des contacts réguliers avec les membres qui sont sur une LEPND à l'extérieur de l'unité. L'application de cette directive dépend des personnalités, de la charge de travail et du temps qui passe.

913 Le capc Passey a beaucoup travaillé à Edmonton avec des soldats et des unités qui avaient recours aux EIPRS/la LEPND pour traiter avec les membres atteints du SSPT, au cours de son service dans les FC. Lorsqu'on lui a demandé son opinion sur l'efficacité de cette approche, il a exprimé sa préoccupation devant la tendance des unités à abandonner leurs membres qui étaient placés sur la LEPND :

914

> ... il existe un problème d'attitude au sein des bataillons et régiments de première ligne. Ils vous collent une étiquette puis veulent se débarrasser de vous en vous envoyant sur la LEPND. Ils se lavent les mains de ce qui arrive après. Ils n'appellent pas et ne font aucun suivi. C'est comme si vous n'étiez qu'un misérable dont ils se sont débarrassés, voilà tout. Il existe un véritable problème.

915 La question de savoir jusqu'à quel point les unités doivent demeurer responsables des membres placés sur la LEPND n'a pas

[17] Enquête administrative – Facteurs ayant entraîné les suivis de cpl C J McEachern

encore été résolue, même par les cmdt entre eux. Le CANFORGEN 100/00 stipule que :

916

> Si un membre est placé sur la LEPND au sein de sa propre unité, les procédures normales de soutien de l'unité s'appliquent. S'il est placé sur la LEPND au sein d'une autre unité, l'unité d'origine désigne un parrain, au sein de l'unité ou de son groupe de soutien en déploiement (à l'arrière). Le parrain est suffisamment expérimenté pour fournir conseils et assistance au membre dont il a la charge, maintenir avec lui des contacts réguliers et le tenir informé de ce qui se passe dans l'unité. Le DSBA pourra apporter son aide à l'unité, au membre et au parrain, en cas de besoin. (5.C. Soutien)

917 En dépit de l'intention exprimée dans le CANFORGEN 100/00, il semblerait que certaines unités ne maintiennent pas autant de contacts réguliers qu'elles le devraient avec leurs membres sur la LEPND. Cela pourrait résulter d'un manque de clarté dans l'attribution des responsabilités à l'égard des membres placés sur la LEPND. D'après le passage cité plus haut par le DGS San, le bgén Lise Mathieu, un groupe de discussion mis sur pied pour le CS EX et composé de cmdt de tous les coins du pays a révélé que la moitié du groupe croyait que c'était le Chef du Service de santé qui était responsable alors que 30 pour cent avaient répond que c'était quelqu'un d'autre mais ne savaient pas qui; seulement 20 pour cent avaient répondu que c'était eux qui étaient responsables.

918 Je crois que cela décrit en peu de mots un problème fondamental toujours à résoudre : qui est responsable du soldat malade? Les FC enseignent à leurs leaders que le bien-être des troupes est une responsabilité fondamentale du leadership. Pourtant, il semble bien que la question de la responsabilité à l'égard du personnel placé sur la LEPND soit un point majeur qui doit encore être clarifié au sein de l'organisation.

919 Comme l'a observé un MM supérieur du QGDN :

920

> La LEPND est supérieure aux EIPRS où les unités se débarrassaient de leurs malades ... Il existe des endroits où on s'organise localement et les refile à nouveau à la base, ce qui est la mauvaise solution ... On contourne le système parce qu'on ne veut pas la responsabilité.

921 Le SOFT a aussi reconnu le problème du maintien des contacts avec les membres sur la LEPND. Une ébauche d'ordre permanent provenant de la garnison de la BFC d'Edmonton et intitulée « Assistance au personnel blessé ou malade et Liste des effectifs du personnel non disponible » émise en janvier 2001 note :

922

> Il est essentiel, dans la plupart des cas, qu'un membre placé sur la LEPND de l'USS Edmonton reçoive un soutien continu et maintienne des contacts réguliers avec son unité. Pendant la période de transition entre l'unité et la LEPND de l'USS Edmonton, le commandant du peloton de LEPND et l'unité établiront une entente qui garantira le maintien de contacts réguliers entre le membre et l'unité, et s'assurera que cette dernière est tenue régulièrement au courant de l'état du membre.

923 Tout au long de cette enquête, on a souvent entendu dire qu'un volume de travail excessif dans les unités diminuait de façon importante la capacité des unités de s'occuper de leurs membres sur la LEPND. En d'autres termes, les cmdt n'ont tout simplement ni le temps ni les ressources pour s'occuper de leurs membres sur la LEPND comme ils le devraient. Les cmdt ont indiqué que le rythme des opérations est tellement élevé que les unités « n'ont aucun répit ». On ajoute de nouvelles responsabilités sans augmenter les ressources. De plus, de nombreuses unités ont des effectifs très inférieurs au niveau autorisé; il y a donc moins de gens pour faire autant ou plus de travail. Ces contraintes, auxquelles s'ajoutent les congés et les nécessités de formation, réduisent considérablement la capacité des unités à s'occuper adéquatement de leurs membres malades ou blessés. En résumé, la pression des responsabilités additionnelles semble entraver le maintien, par les unités, de leurs contacts avec leurs membres qui ne sont plus en mesure de contribuer efficacement aux activités de l'unité.

924 On devrait exiger d'une unité qu'elle fasse tous les efforts possibles pour maintenir des contacts réguliers avec ses membres placés sur la LEPND. Même si certains membres placés sur la LEPND préfèrent ne plus avoir de contact avec leur unité, la plupart de ceux à qui les enquêteurs ont parlé interprétaient l'absence de contact comme un signe qu'ils avaient été abandonnés ou rejetés parce qu'ils étaient devenus inutiles. Une unité a l'obligation de s'occuper des siens. À mon sens, cette obligation surpasse toutes les autres considérations; les contacts ne devraient pas dépendre des « personnalités, de la charge de travail ni même du temps qui

passe », comme on peut le lire dans le rapport d'enquête administrative du SOFT.

925 Il existe manifestement et trop souvent une rupture de communications entre les unités, le personnel soignant et les membres sur la LEPND. Bien qu'il n'existe pas de solution unique et que cette direction devrait être suffisamment flexible pour permettre que soit étudiée la meilleure solution possible pour chaque cas, il revient à l'unité d'établir un niveau de contact qui réponde aux besoins des membres sur la LEPND. Le CANFORGEN 100/00 a demandé aux unités de maintenir un contact régulier avec leurs membres sur la LEPND. Cependant, la politique ne définit pas ce que devrait être un 'contact régulier'. Je crois personnellement que, compte tenu des restrictions que pourrait imposer le personnel soignant, les unités devraient communiquer avec leurs membres sur la LEPND au moins toutes les deux semaines. Le CANFORGEN 100/00 a aussi demandé aux unités de tenir leurs membres sur la LEPND informés de leurs activités. De plus, je crois que tous les efforts devraient être faits pour inclure les membres sur la LEPND dans ces activités, toujours en tenant compte des restrictions que pourrait imposer le personnel soignant.

Les CSTSO

926 Comme nous l'avons déjà signalé dans la partie VI de ce rapport, de nombreuses anecdotes montrent que les CSTSO font un excellent travail dans les soins qu'ils dispensent aux membres qui font appel à leurs services. D'autres anecdotes démontrent aussi que le fonctionnement des CSTSO est entravé par des problèmes de ressources et de procédures qui doivent être réglés.

927 Cinq Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) ont été créés dans le cadre de l'initiative de Qualité de la vie (QV) à l'automne de 1999 à Halifax, Valcartier, Ottawa, Edmonton et Esquimalt. Ils constituent un complément du réseau existant d'installations de soins de santé. Leur mission est de bâtir une base de connaissances et d'expérience pour la gestion des besoins psychologiques, émotifs et spirituels du personnel des FC résultant des opérations militaires. Ces centres apportent une aide aux membres actifs des FC et à leur famille qui font face à des problèmes de trauma et de stress opérationnels résultant d'opérations militaires, et plus particulièrement de déploiements à

l'étranger pour l'ONU ou l'OTAN. Les CSTSO abritent une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de la santé militaires et civils – des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des aumôniers et du personnel infirmier en santé communautaire.

928 Tous les membres, y compris le personnel médical civil et militaire, que les enquêteurs de l'Ombudsman ont interrogés pensent que le personnel des CSTSO accomplit un travail remarquable, malgré des effectifs très insuffisants et surchargés. Les membres atteints du SSPT qui se font traiter dans les CSTSO déclarent unanimement recevoir d'excellents soins de la part du personnel des CSTSO, qui « fait vraiment tout ce qui est possible » pour aider les patients. Dans le même ordre d'idée, les groupes de soutien mis en place par certains CSTSO ont acquis une réputation d'innovation remarquable, qui font énormément de bien.

Coordination des CSTSO

929 Après avoir visité trois CSTSO au cours de l'enquête – Valcartier, Edmonton et Halifax – il est clair qu'il n'existe pas une « meilleure méthode » de traitement du SSPT, mais plutôt une grande variété de traitements qui sont disponibles auprès du Service de santé des FC et de la communauté médicale canadienne au sens le plus large.

930 On pourrait penser qu'il y a des avantages à explorer certaines avenues de traitement. Pour le patient militaire mobile, cela peut vouloir dire des traitements différents dans différentes régions du pays, y compris pour un même patient. Sans compter l'impact qu'elle pourrait avoir sur les patients, cette diversité dans les traitements rend d'autant plus difficile la collecte et l'analyse de l'efficacité du traitement.

931 L'absence de coordination entre les cinq CSTSO existant au Canada préoccupe le système médical au sein des FC. En effet, le personnel soignant des FC a exprimé des doutes à propos du manque de cohérence des diagnostics sur le SSPT d'un CSTSO à l'autre, en dépit des critères établis par le DSM-IV. D'après un officier d'état-major supérieur de la chaîne de commandement médicale :

932 > Pour le moment, ils [les CSTSO] se sont pas normalisés. *Point final* – ils ne le sont pas. Ils devaient l'être; on avait prévu qu'ils le seraient mais les choses ont évolué différemment. Dans le cadre des réformes

> en matière de santé mentale, nous sommes en train de normaliser les CSTSO ... C'est en pleine évolution et nous devrions avoir une approche intégrée dans le domaine de la santé mentale, au sein des Forces canadiennes, d'ici 2003 ou 2004.

933 Le commentaire suivant fait par un fournisseur de soins de santé des FC souligne le danger d'un manque de normalisation et de coordination :

934

> Le diagnostic et le traitement de ce problème de santé mentale changent continuellement, et il est difficile de se maintenir au courant de la recherche dans ce domaine. L'incidence du SDIC et du SSPT a entraîné un développement du système qui a débouché sur des traitements qui ne sont pas le fruit de recherche très poussée et qui, éventuellement, pourraient s'avérer inefficaces. Jusqu'à ce que la recherche dans ce domaine donne des résultats, notre réponse sera bien intentionnée mais pas toujours satisfaisante.

935 Lors de la réunion du Groupe de travail sur le soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO), qui s'est tenue à Petawawa le 23 août 2001, le col Boddam, psychiatre principal des FC, a décrit cinq initiatives majeures en cours en vue de normaliser les CSTSO :

936 • développer une procédure uniforme d'évaluation;

937 • développer une approche uniforme de traitement;

938 • développer un ensemble uniforme de mesures d'impact;

939 • développer une série uniforme de programmes d'approche ainsi qu'une éducation uniforme des cliniques satellites;

940 • développer une approche uniforme en matière de recherche.

941 Bien que l'autonomie dont jouit le personnel soignant local pour traiter le SSPT selon le DSM-IV doive être respectée, la normalisation des CSTSO devrait être réalisée au plus vite.

Fournir un financement stable aux CSTSO

942 D'après les informations émanant du personnel médical du QGDN ainsi que des CSTSO, les enquêteurs de l'Ombudsman comprennent que des changements ont été apportés au processus de financement des CSTSO, changements qui entrent en vigueur dans la planification des activités de cette année. Antérieurement, le financement des CSTSO était accordé et contrôlé par le QGDN, par le bureau du Chef d'état-major adjoint – Prestation des soins de santé. Maintenant que la responsabilité de ce financement a été déléguée au CSS local, il y a danger que le financement des CSTSO et le traitement du SSPT perdent leur préséance; le traitement du SSPT dans les CSTSO risquerait donc de perdre son caractère prioritaire. Le système de soins de santé n'a pas de ressources en trop, ni localement ni nationalement. Si le CSS reçoit un certain nombre de demandes locales pressantes qui ont un impact opérationnel plus direct, la concurrence pour ces maigres ressources sera forte. Il pourrait s'avérer préférable de donner aux CSTSO un statut d'unités nationales et de laisser la responsabilité de leur financement au QGDN.

943 La capacité d'élaborer des plans en se basant sur un budget pluriannuel stable est primordiale pour les CSTSO. Coordonner le soutien au sein de la communauté civile, développer des relations à long terme avec le personnel soignant civil, attirer et garder des professionnels qualifiés constituent des opérations essentielles à l'efficacité des CSTSO. Elles en souffrent toutes lorsque les budgets varient d'une année à l'autre à cause des changements de priorités au niveau du CSS. De plus, depuis que les CSTSO sont axés sur la réponse (c.-à-d. les activités sont planifiées en fonction du nombre de patients) et que les coûts ne sont plus sous leur contrôle, il faut introduire de la flexibilité dans les budgets pour être en mesure de faire face aux fluctuations.

944 La stabilité du personnel soignant est aussi un problème. Le cpl McEachern a souligné que les changements de psychiatre le préoccupaient. Dans son cas, il a dû changer de psychiatre parce que son premier psychiatre, le capc Greg Passey, avait pris sa retraite. Dans de nombreux cas, les patients souffrant du SSPT sont obligés de changer de personnel soignant lorsqu'ils sont libérés. Lorsque les ressources militaires sont insuffisantes pour la tâche, beaucoup de patients sont référés à des travailleurs en santé mentale civils de la région. Il va sans dire que le personnel soignant civil est en général peu familier avec la culture et la terminologie militaire, ce qui entraîne de la frustration chez les patients. Comme un soldat nous l'a expliqué, « ... J'ai passé 30 pour

cent de mon temps avec le [psychologue civil] à essayer de lui expliquer ce que ça voulait dire d'être militaire. Il ne comprenait tout simplement pas ». Cela ne veut pas dire que tout le personnel soignant doit posséder une connaissance personnelle de la chose militaire. Par exemple, la psychiatre civile qui travaille à plein temps au CSTSO de Halifax s'est rapidement familiarisée avec la culture des FC et, d'après ses patients, elle est un médecin remarquable. Ce problème pourrait sans doute être en partie supprimé en fournissant au personnel soignant civil de la documentation sur l'armée et de l'information spécifique sur des opérations.

Emplacement des centres

945 Les CSTSO que les enquêteurs ont visités sont tous physiquement situés à l'intérieur de la base. Dans la mesure où beaucoup de membres des FC atteints du SSPT veulent rester discrets sur leur condition, le fait que les CSTSO soient situés à l'intérieur des bases est une source importante d'inquiétude pour beaucoup de patients, de patients potentiels et même de certains membres du personnel soignant. Les patients ont exprimé leur crainte d'être reconnus et que leur unité soit mise au courant de leur condition. Les enquêteurs se sont souvent fait dire que de nombreux membres, surtout ceux qui sont encore dans leur unité et dont les collègues ignorent la condition, hésitent beaucoup à se faire soigner pour la seule raison que les CSTSO sont dans des endroits aussi peu discrets. Un soldat avait expliqué qu'il ne voulait pas aller chercher de l'aide sur la base où d'autres pouvaient le reconnaître et ainsi découvrir qu'il avait un problème :

946

> C'est la même chose avec le travail social (sic) à la base. Quand vous allez voir le travailleur social, c'est confidentiel bien sûr, mais vous voyez les deux gars qui travaillent à côté de vous dans le peloton. Ils cachent leur visage mais vous savez qui ils sont. Dans l'armée, personne ne veut que les autres voient ses faiblesses. C'est ainsi. C'est la même chose dans ce cas-ci. On ne veut pas que les autres le sachent.

947 Qui plus est, les membres qui sont atteints du SSPT, sont parfois très mal à l'aise dans un environnement militaire. Le simple fait de franchir l'entrée d'une base peut être source de stress. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu parler de membres qui ne s'étaient pas rendu à leur rendez-vous au CSTSO parce qu'ils

étaient trop énervés par la proximité de personnes en uniforme militaire. Plusieurs membres ont dit aux enquêteurs que c'était difficile pour eux de se trouver à proximité d'une base à cause de leur ressentiment à l'égard de tout ce qui est militaire et en raison de la façon dont ils pensent avoir été traités.

948 Pour ce qui est du personnel soignant, un psychiatre s'est opposé à la décision d'installer les CSTSO dans les bases :

949

> ... ce serait beaucoup mieux d'installer les CSTSO en ville. Nous nous sommes battus pour empêcher que la clinique soit installée sur la base. C'est mauvais pour les patients qui ne veulent rien savoir de l'armée. Installer les CSTSO hors de la base permettra aux patients de ne plus avoir à passer par la porte de service.

Soins pour le personnel soignant

950 Dans sa déclaration aux enquêteurs, le cpl McEachern a souligné le poids énorme de ce qui est imposé au personnel soignant :

951

> Il y a trop de membres atteints et qui se font connaître. Le système est complètement dépassé. Le personnel actuel est complètement débordé. Ils font vraiment de leur mieux. Ils vont tout droit à l'épuisement avec un tel volume de travail.

952 Le personnel soignant et les patients souffrant du SSPT sont grandement inquiets de voir le personnel des CSTSO et d'autres fournisseurs de soins de santé aux membres des FC atteints du SSPT aller tout droit à l'épuisement total à cause de la croissance rapide des demandes de services et du nombre de membres venant se faire soigner pour le SSPT. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont aussi rencontré plusieurs professionnels qui avaient atteint le stade de l'épuisement à des degrés divers. Ils ont aussi entendu dire, de diverses sources, qu'en plus de leur difficulté à attirer et à conserver des psychiatres, les FC souffraient d'un manque chronique de travailleurs sociaux, psychologues et autres professionnels cliniciens en santé mentale et qualifiés pour traiter le SSPT et les problèmes qui s'y rattachent. Bien que les aumôniers soient, pour beaucoup de membres, des éléments très importants de l'équipe, il semblerait qu'il y ait aussi un manque d'aumôniers. Selon des informations recueillies auprès de personnel soignant sur place, il ne manque pas de praticiens qualifiés dans ces spécialités.

Il faut plus de ressources pour attirer et retenir des professionnels avec les bonnes qualifications dans ces domaines.

953 De plus, le personnel des CSTSO joue, ou devrait jouer, un rôle important dans l'éducation générale des FC, en matière de SSPT, particulièrement par une formation de sensibilisation. Comme nous l'avons déjà souligné dans la partie IV de ce rapport, leur rôle d'approche devrait être considérablement augmenté mais, pour ce faire, les CSTSO auront besoin de ressources additionnelles.

954 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré des situations dans lesquelles des membres du personnel soignant des FC étaient surchargés de travail à un point tel que leur propre santé mentale en était affectée; un certain nombre d'entre eux envisageaient de démissionner ou à tout le moins d'abandonner les soins de première ligne. Une augmentation importante de la charge de travail sans augmentation des ressources, ainsi que les cas de gestion du stress dû à des incidents graves qui se sont ajoutés, ont poussé quelques membres du personnel soignant jusqu'à l'épuisement. Selon un membre supérieur du personnel soignant militaire, les FC en demandent toujours plus à leurs fournisseurs de soins de santé, en dépit du fait qu'ils ont souvent déjà une pleine charge de travail. Une travailleuse sociale supérieure a dit aux enquêteurs que le taux d'épuisement professionnel était « exceptionnellement élevé dans le domaine du traitement des traumas, il est élevé [au sein des FC] et continue d'augmenter ». Elle a fait allusion aux pressions qu'entraîne le traitement de jusqu'à deux douzaines de clients traumatisés en une semaine, pressions qui finissent inévitablement par affecter le personnel soignant. En plus d'heures de travail exigeantes, l'intensité qui caractérise le travail de counseling dans les cas de trauma, de prévention de suicide, d'intervention en cas de crise, sans compter l'intensité du contenu (p. ex. les atrocités dont les clients ont pu être les témoins), tout cela fait en sorte que le personnel soignant peut se sentir complètement submergé. Malheureusement, cette personne, qui a une réputation de personne dévouée et pleine de compassion tant à l'égard des patients que des membres de la chaîne de commandement, envisage sérieusement de mettre fin à son association avec les FC.

955 En se fondant sur son expérience sur le terrain, le col Marsha Quinn, conseillère de la Réserve auprès de la DGS San, a souligné que ces mêmes qualités, qui font le bon personnel soignant, le rendent aussi plus vulnérable au stress découlant de son travail :

956 Ma plus grande crainte est pour les gens comme les aumôniers, les personnes qui ont de l'empathie et qui prennent tout sur elles. Parfois le personnel infirmier tombent dans cette catégorie; je peux vous en parler en tant qu'infirmière. On a tellement d'empathie – ce n'est pas de la sympathie, non; c'est véritablement de l'empathie – qu'on prend le fardeau de tout le monde sur ses propres épaules et après on se demande pourquoi on a cet énorme problème. Oui, je crois qu'il y a une catégorie de personnel soignant - et je dirais que les aumôniers font partie du personnel soignant. Ils s'occupent de la santé spirituelle des gens qui, à mon avis, est intrinsèquement liée à la santé mentale et même, parfois, à la santé physique. Je crois que ces personnes sont plus vulnérables que les autres, ce qui est un problème en soi dans la mesure où elles pensent qu'elles ne devraient pas l'être. Elles pensent qu'elles devraient avoir développé leurs propres mécanismes d'adaptation.

957 Un membre du SOFT, qui est soigné pour le SSPT et qui a une formation en médecine, a remarqué que la seule psychiatre du CSTSO a une énorme charge de travail. Il a déclaré que « Cette femme est incroyable. Donnez-lui de l'aide. Je n'avais encore jamais vu quelqu'un travailler aussi dur pour les soldats. Personne ne peut durer à ce rythme-là ».

958 Il est clair que ces pressions ont eu un impact sur les normes de traitement. Comme un travailleur social l'a souligné :

959 Une autre situation, qui est aussi un problème pour les travailleurs sociaux des FC, est la réponse adéquate à une demande croissante pour un travail relié au SSPT, sans oublier leurs charges de travail actuelles. Tous les travailleurs sociaux des FC sont déjà complètement submergés par une grande variété de demandes. Actuellement, la plupart des bureaux font face à un tel éventail de demandes de travail qu'il est virtuellement garanti que le personnel doive lutter pour maintenir une gestion de cas adéquate dans leur travail clinique. Il est évident que cela a des implications au niveau de la qualité des soins, quelle que soit la compétence et le dévouement des travailleurs sociaux. « Si nous sommes trop occupés, nous ne pouvons tout simplement pas tenir la cadence. » On reconnaît maintenant qu'il est nécessaire d'établir certaines priorités dans le travail chez les travailleurs sociaux.

960 Les commentaires qu'un travailleur social expérimenté des FC a fait aux enquêteurs sont tellement typiques de la majorité de ceux que ces derniers ont entendus de la part du personnel soignant des FC qu'ils méritent d'être reproduits au long :

961 > [L'épuisement au sein du personnel soignant] est une question qui me tient très à cœur. Je crois que quiconque travaille trop dur et n'est, en retour, que trop peu ou pas reconnu et récompensé (et je ne veux pas dire nécessairement sur le plan financier) est vulnérable à l'épuisement. On a besoin de reconstituer les forces que l'on dépense si l'on veut demeurer humainement entier. Cependant, le trauma par personne interposée, aussi appelé l'usure de compassion ou encore le trauma au deuxième degré, est ce à quoi le personnel soignant comme mes collègues OBS et moi-même sommes le plus exposés à force de travailler avec des clients traumatisés. Personne d'autre, au sein des FC, n'offre un soutien de première ligne du niveau de celui que nous fournissons, en termes d'intensité et de quantité. On nous demande d'être à la fois dans les tranchées (si l'on peut dire) pour répondre instantanément aux crises, et aussi d'intervenir à tous les autres niveaux (préventif, éducatif, réactif et élaboration des politiques). On nous demande d'être les experts à la base, à l'escadre et au niveau formation. Nous devons éduquer le personnel sur le stress en général, le stress dû à des incidents critiques et le SSPT (en plus des autres sujets). Nous devons aussi former le personnel à appliquer le concept de soutien par les pairs en cas de stress causé par des incidents critiques, d'abord au sein de l'unité d'origine, puis en déploiement, en cas d'événements tragiques. Maintenant, un des problèmes auxquels nous sommes confrontés, selon le commandement auquel nous sommes rattachés, est la croyance (ou la non-croyance) dans les bénéfices d'une telle formation.

962 > Nous faisons tous ce travail pratiquement en isolation, raison pour laquelle la plupart de mes collègues et moi-même attendons beaucoup de futures dispositions proposées en matière de soins de santé mentale qui impliquent, entre autres, une approche pluri-disciplinaire dans ce domaine ainsi qu'une clinique. Je crois que cela nous aiderait aussi beaucoup d'avoir une supervision régulière, comme l'ont récemment expérimenté des collègues d'une [base des FC]. Nous

avons besoin de quelqu'un à qui parler de questions professionnelles, qui nous aidera à nous maintenir informés, à faire face aux multiples dilemmes éthiques auxquels nous sommes confrontés – parce que nous sommes continuellement pris entre les exigences des FC et les besoins des individus – mais par-dessus tout, quelqu'un qui nous aidera à rester en bonne santé. Aujourd'hui, la plupart d'entre nous, les militaires, nous n'avons personne à qui nous pouvons vraiment parler de la difficulté de notre travail. Il faudrait être une personne hors du commun pour ne pas être marqué par les histoires que nous entendons pratiquement chaque jour. Lorsque j'étais affecté à une [base des FC], les séances de prévention du suicide faisaient partie de la routine. Avant tout, je répondais aux crises, tous les jours. C'est un travail épuisant pour n'importe qui; pourtant, nous ne sommes jamais convenablement évalués sur le courage dont nous faisons preuve – je défie quiconque d'affirmer qu'il ne faut pas du courage pour parler continuellement de suicide et de meurtre, et d'écouter les innombrables atrocités dont nos soldats ont été les témoins. J'ai dû passer de nombreux jours assis à écouter cauchemar après cauchemar, et au bout desquels je rentrais chez moi complètement épuisé. Moi-même j'ai commencé à faire des cauchemars (Dieu merci, ça s'est arrêté). L'épuisement survient encore de temps en temps, ici à la [base des FC]. J'étais malade lorsque j'ai quitté la [base des FC] et ce n'est que maintenant, un an après, que je commence à me sentir de nouveau moi-même. Mon rétablissement a aussi été très éprouvant pour mon épouse qui veut retrouver le partenaire qui avait le sens de l'humour et était plus patient.

963 La plupart des OBS se sentent isolés et le sont effectivement. Entendre parler de primes à l'embauche et d'avantages pour les MM et les pilotes me donne toujours l'impression de recevoir une gifle. Où sont nos primes? J'ai l'impression d'être considéré comme un être sans importance et d'être exploité; c'est d'autant plus difficile de venir travailler quand le message que l'on reçoit continuellement est que l'on n'est pas important. Pourtant, je sais parfaitement bien que le travail discret que nous faisons, mes collègues et moi, est extrêmement important et valorisé par nos clients qui, souvent, n'ont aucun autre endroit où aller ni personne d'autre vers qui se tourner. En tous cas c'était vrai jusqu'à votre arrivée, Dieu merci maintenant. Je ne crois pas exagérer en affirmant que

sans les OBS, les FC perdraient tous leurs moyens (bien sûr, j'ai un peu de parti pris).

964 J'ai parfois l'impression d'être un tortionnaire-confesseur à l'égard de mes clients. Ce n'est pas bon d'avoir l'impression d'être 'le méchant' lorsque les choses vont mal. Il semble que les gens ont tendance à très vite pointer du doigt les OBS quand les temps sont durs; par contre, on les entend rarement quand nous faisons du bon travail et, mon Dieu, que cela fait du bien de l'entendre. Tout le monde a besoin, régulièrement, d'un petit mot d'appréciation et d'encouragement.

965 Nous sommes isolés. Je ne sais pas ce que font mes collègues, mais moi il m'arrive rarement d'aller au mess ou de socialiser ou de ne pas me coiffer; les gens semblent être mal à l'aise quand ils me voient là. Je suis le gardien des secrets de l'unité – c'est du moins comme ça que je me sens parfois. Lorsque les gens quittent mon bureau, ils y laissent une partie de leurs soucis (absorbés par mon tapis, bien sûr!); il est normal qu'ils ne veuillent pas être continuellement rappelés à la réalité de leur condition, ce qui arrive inévitablement quand ils me voient. Je fais du sport et je socialise en dehors de l'armée. Toutefois, même au sein des équipes de sport dont je fais partie, je sens qu'il y a un mur entre moi et les autres. Il y a finalement peu d'endroits où je peux me sentir vraiment libre de me laisser aller – tout cela commence à sonner un peu comme du SSPT et de l'hyperexcitation (et aussi de l'isolement), vous ne trouvez pas? Aussi, je finis par retenir une grande partie de mon propre stress à l'intérieur de moi et il ne dépend plus que de moi de me montrer encore plus créatif dans mes stratégies d'adaptation. Et je dois être en pleine forme pour pouvoir faire mon travail avec éthique, efficacité et professionnalisme.

966 En fait, je suis en train de dire qu'il y a de nombreuses raisons qui font qu'il est difficile de rester en forme, ce qui tend à expliquer pourquoi quelques-uns de mes collègues sont en congé de maladie, qu'ils ont discrètement quitté les FC, ou qu'il ont été reclassés dans des emplois moins épuisants émotionnellement.

967 Lorsque les enquêteurs de l'Ombudsman lui ont demandé son avis sur ce problème d'épuisement chez les travailleurs sociaux, le lcol

Matheson, travailleur social supérieur des FC, a reconnu que c'est un problème sérieux :

968 > Les charges de travail, chez tous les fournisseurs de services de santé mentale, ont dramatiquement augmenté au cours des dernières années. C'est particulièrement évidents chez les travailleurs sociaux qui servent souvent de premier point de contact. Non seulement il y a de plus en plus de cas, mais ils sont de plus en plus complexes. Le nombre de demandes de services augmentent, et nous voyons de plus en plus de travailleurs sociaux en difficulté, c.-à-d. davantage de congés de maladie, de congés de stress, etc. Même si le recrutement est continu, la catégorie des travailleurs sociaux reste inférieure en nombre, environ 33 pour cent en bas du niveau de dotation préférentiel. De nombreux postes militaires sont actuellement occupés par des civils. Bien que la contribution de ces derniers soit considérable, beaucoup de tâches associées à la prestation de services reposent encore sur les militaires. Le niveau de dotation est un des facteurs qui provoquent ce problème d'épuisement; d'autres facteurs sont le manque d'occasions de supervision professionnelle et de formation, le sentiment d'isolement, etc. Beaucoup de ces problèmes sont traités dans la Réforme de la santé mentale (Rx 2000); cependant, il va s'écouler un certain temps avant que ces problèmes soient résolus.

969 Le risque d'épuisement est particulièrement élevé chez ceux qui sont chargés des interventions en cas d'incidents critiques. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont été informés d'une situation où un travailleur social a dû faire du counseling pour cause d'incident critique, à la suite de désastres multiples et consécutifs entraînant un grand nombre de morts. Les FC ont la responsabilité de s'assurer que des ressources suffisantes sont disponibles de sorte que les membres du personnel soignant aient chacun une charge de travail humaine et gérable, et puissent disposer du temps minimum nécessaire pour se reposer. Les enquêteurs ont entendu dire que les membres du personnel soignant sont parfois les moins compréhensifs à l'égard de leurs membres qui succombent sous les pressions. D'après un travailleur social, la communauté des fournisseurs de soins des FC « pourrait presser le citron jusqu'à la dernière goutte ».

970 Les frustrations provoquées par la bureaucratie des FC s'ajoutent au stress dû à des charges de travail qui ne cessent d'augmenter et à des tâches de plus en plus exigeantes. Comme un médecin

supérieur en a fait la remarque, « la partie la plus stressante de mon travail est de devoir faire affaire avec l'armée et non pas avec mes patients ». En plusieurs occasions, des membres des FC, dont certains occupaient des postes de supervision, ont avoué aux enquêteurs de l'Ombudsman qu'ils n'avaient pas toujours confiance dans les diagnostics établis par les professionnels en santé mentale, mais qu'ils ne doutaient jamais de la capacité des médecins à diagnostiquer les problèmes physiques.

971 En résumé, des charges de travail en constante augmentation, combinées au stress inhérent au travail, aux frustrations causées par la bureaucratie et au sentiment de ne pas être appréciés, contribuent au phénomène d'épuisement professionnel et de baisse de moral qui affectent beaucoup de membres du personnel soignant qui s'occupent des patients souffrant du SSPT. Il est clair qu'il existe un urgent besoin de s'occuper de la santé des membres du personnel soignant. Il y a peu de chance que les charges de travail diminuent à court terme. L'épuisement professionnel au sein du personnel soignant est un problème très sérieux dans tous les services de soins de santé des FC, pas seulement chez les travailleurs sociaux ou dans les CSTSO.

972 Un travailleur social particulièrement expérimenté des FC a suggéré plusieurs remèdes : plus de ressources, des charges de travail plus légères, appel à des consultants de l'extérieur pour examiner le système de soins et recommander des améliorations, une supervision plus disponible et réceptive.

Traitement de soutien pour les familles

973 Un officier supérieur a déclaré aux enquêteurs que « le SSPT est un problème de famille. » Un membre supérieur du personnel soignant leur a dit que, dans bien des cas, un membre se décide à se faire soigner seulement « lorsque le conjoint quitte le domicile familial avec les enfants ». Les membres qui se rétablissent du SSPT ont un besoin considérable du soutien de la famille. Les membres qui doivent voyager loin de la base pour se faire soigner devraient pouvoir emmener conjoint et enfants s'ils le désirent. Alors que les ACC ont adopté une approche de traitement qui implique (et finance) le voyage du conjoint, le MDN ne fournit pas une telle assistance dans tous les cas.

974 Bien que le cpl McEachern n'ait pas directement abordé la question du soutien aux membres de la famille, au cours de l'enquête il est apparu très clairement que les familles ont besoin de soutien pour s'adapter à la maladie d'un des leurs. Nonobstant le fait que les Centres de ressources pour les familles de militaires (CRFM) font de leur mieux pour informer les familles sur le SSPT, il reste beaucoup à faire. Il ne fait aucun doute que les familles de membres des FC qui souffrent de troubles psychologiques souffrent elles aussi énormément. Selon le lgén (à la retraite) Roméo Dallaire, le fait de simplement se demander si le soldat sera toujours le même où s'il aura changé, à son retour de déploiement, est une cause de stress élevé dans les familles.

975 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré de nombreuses familles qui ont été sévèrement touchées par l'expérience d'un des leurs atteint du SSPT. Il est connu que les premiers symptômes de SSPT semblent se manifester, le plus souvent, dans le milieu familial. Souvent, ce sont le conjoint et les enfants qui sont les premiers témoins des troubles du sommeil, des problèmes d'alimentation, des trous de mémoire, etc. Ils sont aussi souvent les premières victimes si le membre développe des problèmes de maîtrise de la colère ou d'abus de drogues. Trop souvent, malheureusement, le noyau familial ne résiste pas au stress que lui impose cette maladie chez un de ses membres. Quand il y résiste, le conjoint et/ou les enfants ont souvent eux-mêmes besoin de soutien et de soins pour surmonter le stress résultant de leur adaptation au SSPT dont souffre le membre de la famille. Même s'il n'existe pas d'obligation légale, le MDN a une obligation morale de soutenir les familles qui sont confrontées au SSPT chez un des leurs.

976 Le CRFM de Winnipeg a fait un excellent travail de préparation d'une documentation éducative pour les familles. De plus, l'organisation des CRFM a créé un site Web sur le SSPT. Il contient de l'information conçue spécialement pour servir de matériel de briefing à utiliser avec la famille réunie. Il n'est cependant pas clair si les familles bénéficient de la même qualité et de la même quantité de matériel dans toutes les bases. Les enquêteurs de l'Ombudsman se sont laissé dire que le matériel éducatif n'est pas uniformément disponible partout et qu'il ne semble pas y avoir d'information destinée aux adolescents. Le financement des CRFM est limité et les centres ne sont pas accessibles à tous – en particulier aux familles des membres de la Réserve. En résumé, les ressources que les FC consacrent au soutien des familles confrontées au SSPT semblent insuffisantes.

977 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont rencontré un major à la retraite qui a contacté avec notre Bureau pour nous raconter « l'histoire d'un succès », celle de son traitement par l'armée après qu'il eut dévoilé qu'il souffrait du SSPT et demandé à être soigné. Cette personne n'avait que des éloges à faire pour le traitement rapide et compatissant dont il avait bénéficié, tant de la part des ACC que des FC. Il était particulièrement reconnaissant au MDN non seulement de l'avoir fait assister à un séminaire de cinq jours conçu pour aider les membres atteints du SSPT à s'adapter à leur maladie, mais aussi d'avoir envoyé son épouse et sa fille à un séminaire qui les avait grandement aidé à comprendre la nature de sa maladie et à supporter le stress que cette dernière leur faisait subir. Il a déclaré que ce séminaire avait aidé sa famille en général et sa fille en particulier, qui avait compris que la difficulté qu'avait son père à maîtriser sa colère ainsi que les autres symptômes dont il souffrait n'étaient en rien causés, selon ses propres termes, « par un manque d'amour de sa part ». Ce genre de soutien aux membres souffrant du SSPT et à leur famille devrait être la norme au sein des FC. L'enquête a toutefois prouvé que ce niveau de soutien n'était pas disponibles dans de nombreux cas.

Concept du soutien par les pairs

978 Les membres qui se rétablissent du SSPT déclarent souvent que le plus important, pour eux, est de trouver aide et soutien auprès de quelqu'un qui « comprend ce qu'ils ont subi », « quelqu'un qui est passé par là ». Cela veut souvent dire quelqu'un en uniforme qui a participé à des déploiements pour maintien de la paix.

979 Le cpl McEachern a aussi suggéré que cela pourrait aider ceux qui souffrent du SSPT de pouvoir parler à d'autres anciens combattants qui ont eu une expérience similaire. Immédiatement après l'incident du 15 mars, le cpl McEachern a été contacté par le major Stephane Grenier, conseiller spécial en matière de SSPT auprès du Chef d'état-major de l'Armée de terre (CEMAT) et qui est lui aussi atteint du SSPT.

980 L'intervention du major Grenier avait clairement beaucoup de valeur. Le cpl McEachern a déclaré aux enquêteurs qu'il lui avait été profitable de parler au major Grenier d'abord en personne puis lors de conversations téléphoniques régulières. Il a souligné que le major Grenier a un niveau d'empathie et de compréhension que ne

peut pas avoir quelqu'un qui n'a pas souffert de la maladie. Il a aussi souligné à quel point ses rencontres avec le major Grenier et les appels téléphoniques de ce dernier « l'avaient aidé ... appelant tous les deux jours pour demander 'comment ça va mon ami', s'intéressant vraiment à ma condition; son épouse a beaucoup soutenu mon amie et ma mère ».

981 En permettant au major Grenier de rencontrer le cpl McEachern, la chaîne de commandement a fait preuve d'une sensibilité et d'un leadership qui méritent d'être soulignés, mais cela amène la question suivante : La chaîne de commandement voudrait-elle ou pourrait-elle agir de la même façon dans d'autres cas beaucoup moins médiatisés? Il est clair qu'il ne serait pas du tout pratique d'envoyer des membres, d'un bout à l'autre du pays, pour aider d'autres membres en crise, chaque fois qu'un incident se produit. Pourtant, il est primordial que tous les membres actuels et anciens des FC qui souffrent du SSPT aient à leur disposition un endroit où ils sont sûrs de pouvoir trouver confidentialité et soutien, et y rencontrer des collègues qui partagent leur condition.

982 Une initiative récente s'est développée au sein des FC, à partir de ce concept. Le major Grenier, qui travaille avec le DSBA, a récemment lancé le projet SSVSO dont l'objectif est d'accroître le niveau du soutien social offert aux soldats des FC affectés par le trauma et le stress opérationnel et ce, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu de travail. Un réseau de soutien post-traitement sera développé à court terme. Il permettra aux membres actuels et anciens des FC souffrant de trauma et affectés par le stress opérationnel, de discuter de leurs problèmes communs avec d'autres membres ayant une expérience similaire. Une première séance de planification, très réussie, a eu lieu à Petawawa, le 23 août 2001. Je crois savoir que le CEMAT et le Conseil des Forces armées (CFA) ont exprimé leur appui au SSBSO, bien que les détails de fonctionnement soient encore à l'étude. L'appui permanent à une telle initiative est d'une extrême importance, comme l'est aussi un niveau de ressources approprié pour lui donner toutes les chances de réussir.

Confidentialité des renseignements médicaux

983 La confidentialité des renseignements médicaux préoccupe grandement presque tous les soldats interviewés, ainsi que beaucoup de membres de la profession médicale et de la chaîne de commandement. La majorité des soldats atteints du SSPT qui ont

été interrogés au cours de l'enquête ne voulaient pas que leur unité soit mise au courant de leur condition médicale. En fait, c'est précisément la crainte de voir leur condition dévoilée qui a souvent empêché les membres atteints du SSPT de demander de l'aide. Parce que la peur que leur condition soit exposée sur la place publique préoccupe tellement les soldats atteints du SSPT et parce que cette peur a un effet direct sur la décision de se faire soigner dès l'apparition des premiers symptômes du SSPT, je pense que la confidentialité est un problème systémique qui mérite toute l'attention des FC.

984 La politique actuelle des FC, telle qu'elle est décrite dans le chapitre 19 de l'amendement 2001 de la *Directive du CEMD aux commandants*, stipule que les cmdt n'on pas accès aux renseignements médicaux concernant les membres sous leur commandement.

985 Le cpl McEachern a expliqué que, à son avis, il existe un équilibre délicat à respecter en matière de confidentialité : il pensait que sa chaîne de commandement immédiate aurait dû être mise au courant de sa condition, mais il ne voulait pas que les autres membres de son unité soient mis au courant car ils n'avaient aucun besoin de savoir.

986 Le lcol S. Bryan, le cmdt du cpl McEachern en 1997, a décrit le dilemme auquel les commandants sur le terrain sont confrontés en ce qui concerne la confidentialité médicale :

987 > C'est une question d'équilibre entre ce que je dois savoir en tant que cmdt pour exercer mes responsabilités à l'égard de la chaîne de commandement et des FC, ainsi que mes responsabilités à l'égard d'un membre, et la confidentialité médicale.

988 > Je n'ai pas besoin de connaître sa condition, ni de savoir comment il en est arrivé là. J'ai juste besoin de savoir ce que je peux faire et, surtout, ce que je ne peux pas faire qui porterait préjudice, en l'occurrence, au cpl McEachern.

989 L'équilibre délicat ou la tension entre le besoin de confidentialité d'une personne et la nécessité pour son supérieur d'avoir de l'information sur cette personne dont il est responsable est accentué dans le contexte militaire où la responsabilité des cmdt à l'égard de leurs subordonnés dépasse les responsabilités que l'on a,

généralement, à l'égard de ses subordonnés dans le civil. Les décisions qu'un cadre militaire prend en matière d'entraînement, d'emploi, de perfectionnement professionnel, etc., peuvent avoir un impact considérable sur le bien-être de ses subordonnés. Sans un minimum de renseignements médicaux spécifiques, les cmdt risquent de prendre des décisions préjudiciables au bien-être de leurs soldats. Dans la même veine, si la chaîne de commandement est au courant d'un besoin d'aménagement particulier, elle peut véritablement aider dans le processus de rétablissement. Par exemple, le soutien de leur unité a été un facteur clé dans le rétablissement de soldats qui avaient souffert du SSPT.

990 Un militaire supérieur du rang, dans la chaîne de commandement immédiate du cpl McEachern, s'est plaint que les protections établies récemment en matière de confidentialité des renseignements médicaux l'empêchent d'avoir accès à de l'information sur ses subalternes dont il estime avoir besoin pour bien jouer son rôle de leader. Comme il l'a dit aux enquêteurs :

991

> Nous découvrons, nous les militaires du rang, en particulier les sergents majors qui essayons de nous intéresser au bien-être de nos soldats, que c'est quelque peu difficile quand on ne peut pas parler au médecin et que ce dernier ne peut nous donner aucune information sur ce qui ne va pas chez un gars, à moins que le gars en question décide de nous informer lui-même de sa condition ... Il fut un temps où on pouvait aller voir le sergent supérieur parmi les A Méd [adjoints médicaux] ou le médecin et obtenir toute en confidence plus d'information qu'aujourd'hui sur quelqu'un, ce qui nous permettait de mieux comprendre la condition d'un soldat et ce que cela impliquait. On ne peut plus le faire maintenant. Ils ne disent rien sur les gars; ce sont les gars eux-mêmes qui, seuls, peuvent vous informer.

992 Beaucoup de soldats interviewés par les enquêteurs de l'Ombudsman ont exprimé leur crainte de se voir interdire de poursuivre leur travail si leur unité apprenait qu'ils souffraient du SSPT, que leur condition médicale soit ou non un facteur pertinent.

993 Certains fournisseurs de soins de santé à l'armée ne font pas confiance à la chaîne de commandement pour utiliser ou interpréter correctement les renseignements sur la condition médicale des membres, et c'est pourquoi ils n'acceptent de donner aux unités, en guise d'information, que les seules restrictions à

l'emploi. D'autres fournisseurs ne semblent avoir aucun problème à discuter de la santé psychologique d'un soldat avec son superviseur.

994 Les soldats atteints du SSPT auxquels les enquêteurs de l'Ombudsman ont parlé se sont montrés particulièrement méfiants en ce qui concerne le degré de confidentialité accordé au contenu de leur dossier médical, convaincus que cette information est communiquée automatiquement aux superviseurs de leur unité, lesquels s'en servent ensuite pour faire de la discrimination. Un fantassin a décrit le MM de l'unité comme « la marionnette du SMR et du cmdt »; il a suggéré que ses pairs seraient mieux de chercher de l'aide à l'extérieur du bataillon. Un autre soldat a dit avoir été chercher de l'aide pour les symptômes de SSPT dont il souffrait chez un fournisseur de soins médicaux non militaire, de peur que sa maladie et son traitement soient divulgués sur la place publique. Comme il l'a souligné, « les logements familiaux forment une communauté très fermée dans laquelle tout se sait ».

995 Il est évident que beaucoup de soldats ne font pas confiance au système pour protéger leur droit à la confidentialité. Un membre actif a dit avoir entendu un jour un professionnel supérieur du rang, spécialiste des soins médicaux, discuter dans le détail de renseignements médicaux confidentiels le concernant, avec un autre militaire, dans un bar du centre-ville. Lorsqu'il a officiellement porté plainte pour bris de confidentialité, aucune mesure n'a été prise, à ce qu'il sache. Plusieurs autres membres interviewés dans la même base ont confirmé que personne n'utilisait les services médicaux de l'unité ou de la base de peur de voir leurs renseignements personnels, pourtant donnés confidentiellement; étalés quasi-immédiatement sur la place publique.

996 En quelques occasions, les enquêteurs se sont laissé dire que ces craintes de bris de confidentialité semblaient justifiées. Un voisin a annoncé un jour à une femme que l'on avait diagnostiqué le SSPT chez son mari (on ne sait pas si la femme était déjà au courant de la condition de son mari). Un caporal a raconté qu'il avait appelé le numéro 1-800 de la ligne d'aide du MDN au QGDN d'Ottawa pour obtenir de l'information sur le SSPT et qu'il avait parlé à un autre militaire. Dans ses propres mots, voici ce qui est arrivé :

997

> Je lui avais raconté mon histoire. Il était plutôt choqué ... de ce qui était arrivé; il m'a dit que notre conversation était 100 pour cent confidentielle, que

> personne ne connaîtrait mon identité et qu'ils feraient des recherches discrètes. Deux jours plus tard, j'ai été appelé dans le bureau du cmdt; ses premiers mots ont été « alors comme ça vous avez appelé ... et vous vous êtes plaint, hein? » Inutile de vous dire que je me sentais dans mes petits souliers.

998 Un autre soldat a décrit aux enquêteurs ce qui était arrivé après que ses collègues eurent appris qu'il souffrait du SSPT :

999

> Je ne sais pas comment mon unité a appris [que je souffrais du SSPT] parce que je ne leur avais jamais rien dit, je le jure. Pour moi, c'est clair, quelqu'un n'a pas respecté la confidentialité de mon dossier médical. Quand je suis revenu dans mon unité, tout le monde me regardait du coin de l'oeil, partait sur la pointe des pieds, se parlant à voix basse « tiens voilà le fou ... » je ne vois pas pourquoi je serais traité comme un lépreux par ceux à qui j'ai juré fidélité ...

1000 On a demandé à une psychologue civile ayant une très grande expérience de travail avec les militaires de comparer ce que pensent ses clients militaires au sujet de la confidentialité des renseignements médicaux avec ce qu'en pensent ses clients civils. Elle nous a répondu :

1001

> ... une des principales ... différences entre la GRC et la police d'une part et les militaires d'autre part ... est cette question de confidentialité ... dans pratiquement tous les cas, les militaires qui viennent me voir ont peur du manque de confidentialité. Ils me donnent des exemples de renseignements de leur dossier médical qui ont été divulgués ... Quelqu'un est venu hier et a dit qu'il savait à coup sûr qu'une telle personne avait vu son dossier médical parce qu'elle lui avait posé des questions. Il affirmait que cela ne pouvait venir que de mon rapport ... Je n'ai jamais vu ce genre de préoccupation à la GRC ni dans la police. Ils n'ont jamais eu à se poser de question à ce sujet.

1002 Elle est d'avis que cette préoccupation des militaires au sujet de la confidentialité est due à la stigmatisation du SSPT dans les FC :

1003

> Ils ont peur de la chaîne de commandement; ils ont peur de leurs collègues et de ceux qui travaillent avec eux. Leur principale crainte concerne toutefois la chaîne de commandement car le SSPT est considéré comme une faiblesse. Ce n'est pas acceptable.

1004 La confidentialité est un problème majeur dans les FC et les opinions sur le sujet varient considérablement. Peut-être une des réponses les plus mordantes venue du côté de la stricte confidentialité des dossiers médicaux a été donnée par un psychiatre à la retraite qui compte beaucoup d'expérience dans le traitement des soldats atteints du SSPT :

1005

> [Étant donné] le degré d'ignorance en matière de [SSPT] qui règne au niveau du bataillon, moins ils ont d'information mieux c'est. Je pense qu'ils ont fait un pas en avant lorsqu'ils ont changé le règlement de telle sorte que du côté médical la seule obligation que nous ayons, maintenant est d'indiquer les restrictions à l'emploi ... Auparavant, les cmdt pouvaient obtenir les renseignements médicaux et, typiquement, même si ce n'était pas toujours le cas, cette information se répandait vers le bas et, avant longtemps, les collègues de travail de la section étaient tous au courant ... la seule chose qu'ils ont besoin de savoir est quel risque représente un malade du SSPT et à quel genre d'emploi il est apte. Je pense que cela a été ... un gros plus ... Et puis ça devient l'affaire de la personne en question ... le problème étant que, souvent, les unités forcent les gens à révéler leur condition médicale.

1006 Il est certain que, lors d'une entrevue avec un MM d'unité, il était clair que la question de confidentialité le concernait moins que la nécessité de tenir les superviseurs informés :

1007

> Nous pouvons communiquer avec le superviseur. S'il s'avère qu'un patient occupe un poste important ou exerce une fonction importante, nous pouvons entrer en communication avec son superviseur pour l'informer : « Ce membre est en train de passer à travers une phase difficile et nous suggérons ceci ou cela. Nous voulons nous assurer que vous êtes au courant. » Si le sergent-major ou le cmdt ont besoin de savoir, la demande d'information va généralement remonter la chaîne de commandement. Dans la plupart des cas, j'informe simplement le personnel médical, les travailleurs sociaux et parfois le superviseur immédiat.

1008 Le MM de l'unité est souvent le premier point de contact avec les soldats qui souffrent de troubles dus au stress. Habituellement, les MM d'unité sont des officiers subalternes relativement inexpérimentés. Par conséquent, même si leur niveau de

connaissance médicale est élevé, leur niveau de compréhension du fonctionnement de la chaîne de commandement militaire ne l'est pas. À ce sujet, un cmdt d'expérience a fait les commentaires suivants :

1009

> Dans une unité, le MM est normalement le médecin le moins ancien. Souvent, après leur sortie de l'école de médecine et après avoir suivi une formation élémentaire de médecin, ils arrivent chez; et puis, il y a un tel manque de médecins chez nous qu'aussitôt qu'ils démontrent un peu de potentiel, ils sont mutés ailleurs. Très souvent, les médecins d'unités ne restent dans les unités qu'un an, puis ils sont mutés ailleurs dans des postes de plus grande responsabilité.

1010 Le manque d'expérience militaire chez les MM d'unités engendre des problèmes systémiques de bris de confidentialité ou, au contraire, une absence totale de communications avec les cmdt.

1011 Les cmdt sont souvent placés dans une position difficile, face à cette question de confidentialité des renseignements médicaux. D'un côté, ils veulent disposer du maximum d'information pour pouvoir mieux diriger leurs troupes et, de l'autre, ils sont confrontés aux restrictions qu'imposent les règles de confidentialité. Comme l'a dit l'un d'entre eux :

1012

> Je trouve que, de nos jours, un cmdt se heurte à de plus en plus d'interdits sur les renseignements de nature médicale qu'il peut obtenir. Par exemple, on me dit : « Vous ne pouvez pas envoyer ce gars-là en déploiement sur le terrain pendant six mois. » Pourquoi pas? Qu'est devenue la continuité dans le commandement des soldats? On rend la chaîne de commandement responsable du bon ordre et de la discipline au sein d'une unité, mais à la condition de lui donner l'information nécessaire à l'exercice de cette responsabilité. J'ai parfois le sentiment que cela devient de plus en plus difficile avec les MM d'unité. Ils comprennent le milieu de travail quand ils comprennent que la responsabilité d'un cmdt consiste à voir au plus grand intérêt de tous, celui de l'unité et celui de chacun de ses membres.

1013 L'ancien commandant de compagnie du cpl McEachern a souligné qu'il y avait peut-être un moyen terme, suggérant que si un cmdt a besoin d'un minimum d'information pour pouvoir établir la

meilleure façon d'agir à l'égard d'un soldat blessé, il n'a pas nécessairement besoin de tous les détails :

1014 Ce que je trouve frustrant, c'est qu'il est impératif que le commandant de compagnie et le MM du bataillon soient capables de communiquer lorsqu'un soldat souffre du SSPT. Je réalise que je ne peux pas et ne devrais pas lui demander de me dévoiler en détail la condition d'un soldat. C'est une question de secret professionnel entre le médecin et son patient, et le médecin partage ce secret avec le cmdt.

1015 Cependant, j'ai besoin de savoir à quelles restrictions à l'emploi mes soldats sont assujettis. Je comprends que c'est long de diagnostiquer ce genre de problème et que le traitement est lui aussi long et complexe, et surtout qu'il doit être soutenu. J'ai besoin de savoir et comprendre ce que ces soldats peuvent faire et ne peuvent pas faire.

1016 Si je peux établir cette relation [de confiance avec le médecin militaire], alors ça marche.

1017 Lors d'une entrevue faite dans le cadre de cette enquête, l'attaché militaire de Nouvelle-Zélande a parlé de l'approche adoptée par l'Armée néo-zélandaise :

1018 Je ne suis pas certain que nous ayons résolu ce petit problème entre le psychologue et la chaîne de commandement. Nous leur rappelons que c'est le commandant qui fait leur évaluation de rendement annuelle ... Une des méthodes que nous avons utilisées pour essayer de leur faciliter les choses consiste à être franc et direct avec la personne qui a besoin d'aide : « Nous serons heureux de vous aider du mieux que nous pourrons. Accepteriez-vous de signer une exemption qui autoriserait votre psychologue à discuter de votre condition et de ce que vous lui aurez dit en privé, avec la chaîne de commandement? ». Si le soldat répond non, alors nous avons un problème.

1019 Des membres de l'armée et des travailleurs des ACC ont exprimé aux enquêteurs de l'Ombudsman leur inquiétude de voir modifier les règles de confidentialité s'appliquant aux renseignements que les ACC doivent communiquer au MDN sur les soldats qui demandent de l'aide. Selon les nouvelles règles introduites récemment, avant de pouvoir soumettre une réclamation aux ACC,

un soldat doit signer une exemption de confidentialité pour permettre aux ACC de communiquer les renseignements détenus aux autorités médicales du MDN. Cette modification est jugée nécessaire à la mise en place d'une entente conjointe MDN/ACC pour procurer des soins de santé aux soldats. Le corps médical du MDN invoque de solides raisons légitimes rendant nécessaire la communication de cette information. Selon un MM supérieur,

1020

> ... la réponse est que nous allons bientôt commencer à partager les données ... il s'agit d'un problème de santé et de sécurité. Si certains de nos membres vont se faire soigner aux ACC et que l'on ne nous communique pas l'information sur les traitements qu'ils reçoivent, ils pourraient être sous l'influence de toutes sortes de drogues sans que nous le sachions, commandant à des troupes, faisant fonctionner des équipements, conduisant des véhicules et risquant éventuellement de se blesser ou de blesser quelqu'un. En tant que professionnel de la santé, je ne peux accepter cela pour leur sécurité et celle des autres. Je comprends leurs craintes mais il s'agit, pour moi, d'un impératif moral encore plus important.

1021 Sans doute les résultats de cette entente conjointe MDN/ACC seront très souhaitables – une transition sans heurt de la vie militaire à la vie civile – mais c'est un sujet de grande inquiétude chez les soldats qui souffrent du SSPT car ils craignent la divulgation de leur condition. Protéger la confidentialité des renseignements médicaux sur les membres sera encore plus important dans le cadre des nouvelles règles.

1022 Conformément au CANFORGEN 076/98, la chaîne de commandement a reçu pour instruction de ne pas demander directement aux membres leurs restrictions médicales.

1023

> Dorénavant, seuls les médecins auront l'autorité d'approuver des restrictions médicales à l'emploi. Si la chaîne de commandement a des questions concernant des cas dans lesquels des restrictions à l'emploi ont été imposées, elle devra en discuter avec les autorités médicales appropriées et non pas avec les membres impliqués.

1024 En résumé, il n'y a pas de solution facile à ce problème; il faut l'analyser davantage. Entre-temps, les bris de confidentialité sont tout à fait inacceptables.

Problèmes de ressources

1025 Les pressions sur le personnel des FC augmentent à un rythme tel que non seulement elles réduisent la capacité de l'organisation à s'occuper de ses membres atteints du SSPT, mais elles sont aussi une cause sous-jacente de l'augmentation des maladies dues au stress dans l'ensemble de l'organisation. Le problème du manque de personnel pour faire le travail dans les FC est tellement central dans la capacité de l'organisation à faire face au SSPT qu'on ne peut le passer sous silence dans un rapport comme celui-ci. Deux domaines sur lesquels le manque de personnel influe directement sur la façon dont les FC font face au SSPT sont : d'abord une augmentation des niveaux de stress due au manque de personnel en général et ensuite le manque du personnel spécialisé en santé mentale ainsi que le manque de financement stable nécessaire aux CSTSO pour qu'ils puissent faire face à l'augmentation des niveaux de stress et des maladies dues au stress, comme le SSPT.

1026 D'une manière générale, dans les FC, les militaires travaillent avec un manque de personnel depuis des années. Toutes les unités que les enquêteurs ont visitées ont expliqué qu'elles fonctionnaient en dessous du niveau de dotation autorisé, entraînant une augmentation des charges de travail. L'augmentation de la cadence des opérations est un autre sujet de préoccupation noté à la fois par le CPDNAC et par la Commission d'enquête sur la Croatie. Les enquêteurs ont entendu dire, à tous les échelons, que le rythme des opérations incluant les tâches de formation et d'instruction s'est considérablement accru au cours des dernières années. La combinaison des charges de travail élevées, particulièrement pour les militaires supérieurs du rang, et du manque de personnel dans les unités, ajoutée à la cadence élevée des opérations, est souvent mentionnée comme une cause sous-jacente des maladies dues au stress dans les FC.

1027 On a déjà discuté, dans la partie III de ce rapport, de l'effet que les pressions subies par le personnel des FC pouvait avoir sur les attitudes envers les membres atteints du SSPT – à savoir du ressentiment lorsqu'un membre de l'unité n'est pas capable de donner son 100 pour cent, même pendant une courte période, obligeant ainsi les autres à travailler davantage pour atteindre les résultats escomptés.

1028 Le résultat d'une telle cadence opérationnelle et de l'accroissement des charges de travail de tous les membres des FC est que presque tous les postes sont maintenant considérés comme essentiels au maintien des opérations. Traditionnellement, un certain nombre de postes dans les unités pouvaient être réservés aux membres qui n'étaient pas en mesure de fonctionner à 100 pour cent. Dans les conditions actuelles, il n'y a tout simplement plus assez de flexibilité dans les unités pour absorber ce genre de personnel.

1029 Des tâches trop lourdes sont considérées comme étant en partie responsables du niveau élevé de stress dans l'armée d'aujourd'hui. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont souvent entendu ce genre de remarque « il n'y a tout simplement plus de pause ». Un cmdt à qui on demandait s'il pensait que trop de tâches, incluant les tâches directement liées aux déploiements, pouvaient contribuer aux problèmes de stress, a répondu :

1030

> Absolument. Être déployé outremer environ tous les deux ans est certainement un facteur. Ce bataillon y est allé en 1993; puis en 1997. Il était prêt à y aller en 1995 aussi, mais le déploiement a été suspendu et ils ont envoyé un état-major de brigade à la place. Il s'agissait de la transition entre la FORPRONU et l'OTAN, les NU et l'OTAN. Donc 1993, 1997 et nous y sommes allés en 2000.

1031 Beaucoup de membres des FC et beaucoup de membres des familles ont identifié la quantité des tâches imposées continuellement entre les déploiements comme un facteur majeur contribuant au niveau élevé de stress et au moral bas régnant actuellement au sein des FC. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont interviewé un officier d'infanterie expérimenté qui leur a déclaré :

1032

> Quand aura-t-on un peu de répit? On parle sans arrêt du moral de l'armée. Mais qu'est-ce que nous faisons? On donne plus d'argent. Bien sûr, on va le prendre, l'argent, mais pourquoi pas une pause? À quand une pause pour tout le monde? Regardez les unités à Edmonton ... elles ont fini leur entraînement et on sait qu'une rotation s'en vient. Que font-ils cet été? Des tâches d'été! Le temps qu'ils devraient passer avec leur famille et pendant lequel ils devraient relaxer un peu, ils le passent tous dans des tâches d'été, que ce soit pour former la milice, former la Force régulière ou former les cadets. Il est là le problème. Ces tâches nous tuent, bon Dieu. Je vous jure, ils sont en train de tuer

> l'armée avec ces tâches. Quand on n'est pas occupé dans l'unité, on est occupé à l'extérieur de l'unité ... c'est toujours allez, allez, allez, tâche, tâche, tâche. Quand pourra-t-on souffler un peu? Je ne sais pas.

1033 Un militaire supérieur du rang, actuellement en déploiement outremer, a exprimé le même sentiment sur le nombre de déploiements :

1034

> Nous n'avons pas assez de soldats pour tenir nos engagements. Il y a trop d'affectations trop souvent. Il y a trop de gens en congé de maladie ou non déployables, laissant toujours les mêmes déployés tout le temps. Lorsque des gens sont retirés de leur milieu de travail, ils ne sont pas remplacés.

1035 Selon un psychologue qui traite de nombreux membres des FC, il existe un lien direct entre une augmentation de la fréquence de SSPT et les niveaux élevés de stress, même avant déploiement.

1036

> Bref, les gens sont stressés avant même d'être déployés. Ils participent souvent à des exercices. Ils se préparent au prochain déploiement. Les familles sont stressées parce que papa ou maman va être parti longtemps, et il n'existe pas grand-chose en guise de soutien de pré-déploiement.

1037 Beaucoup de soldats pensent que le rythme des opérations et le manque de personnel empêchent la chaîne de commandement de s'occuper adéquatement des troupes. Un jeune major ayant déjà l'expérience des opérations de maintien de la paix nous a confié :

1038

> Le corps des officiers, les officiers supérieurs, les militaires supérieurs du rang, tous sont tellement accaparés par cette cadence et toutes ces tâches et activités qu'ils se battent sur tous les fronts. Nous leur avons enlevé le temps dont ils ont besoin pour faire toutes sortes de petites choses qui sont nécessaires et que l'on fait habituellement en dehors des heures de travail normales ... Arriver à six heures du matin, parler aux soldats, rester après l'heure, jusqu'à six ou sept heures ou retourner le soir, toutes ces petites choses que l'on ferait normalement, mais maintenant, avec une telle cadence, je me pose la question : Est-ce que les gens ont encore du temps à consacrer à leurs soldats? ... Je ne crois pas que les officiers aient la moindre

> intention de nuire. Ils continuent d'essayer de faire de leur mieux, mais actuellement faire de son mieux n'est plus suffisant. Si nous sommes 50 000, peut-être 49 000, et qu'on nous donne du travail pour 60 000, quelque chose d'autre en pâtit forcément. À moins de trouver une solution de rechange ... À moins que l'on force le système à trouver une solution de rechange et que nous puissions l'utiliser pour régler le problème, ce dernier continuera de grossir et d'empirer. C'est exactement ce que j'ai vu se produire au cours des 18 derniers mois.

1039 Il est vrai que les FC ont reconnu que cette cadence opérationnelle est un problème sérieux qu'il faut régler. Le CANFORGEN 035/01, publié le 30 mars 2001, a noté que « tout ce temps que beaucoup de membres des FC passent en dehors de chez eux représente plusieurs défis sérieux ». Il a aussi indiqué que la dimension humaine de l'étude sur les déploiements, qui a débuté à l'automne de 1999, dans le cadre du projet Qualité de vie, couvrirait de façon approfondie les problèmes de cadence opérationnelle.

1040 Comme nous l'avons déjà souligné, le manque de personnel militaire est un facteur important dans le ressentiment et le parti pris manifestés à l'égard de ceux qui sont atteints du SSPT. La préparation des affectations est un fardeau supplémentaire qui vient ajouter au stress et diminuer le temps consacré à une « vie de famille normale ».

1041 Bien sûr, au cours de l'enquête, les conjoints des membres des FC ont identifié les conséquences de cette accélération de la cadence opérationnelle sur les familles comme une cause majeure de stress. Lors d'un briefing des familles sur un déploiement tenu à Winnipeg avant la Roto 7, la question reposée à chaque séance, était : « Est-ce vrai que les troupes seront envoyées en manœuvre dès leur retour en mars prochain? ». Selon un travailleur supérieur du CRFM, les conjoints des membres s'inquiétaient déjà du fait qu'il soit prévu de déménager le 2 PPCLI à Shilo, à la même époque que le prochain déploiement de l'unité (Roto 12). Naturellement, cette coïncidence cause déjà beaucoup d'émoi dans les familles, même si le stress anticipé n'est pas pour demain.

1042 Le manque de personnel et le très gros volume de travail ne se fait pas sentir seulement dans les unités sur le terrain, mais aussi au niveau des quartiers généraux supérieurs. Là encore, cela se répercute sur les attitudes face au SSPT. Un officier d'état-major

attaché à l'organisation du SMA(RH-Mil) a fait le commentaire suivant :

1043

> Les difficultés, s'il y en a, sont toutes liées aux ressources au niveau du BPR : soit qu'ils ont trop de travail, soit qu'ils sont surprogrammés. Cela reste plutôt académique. Je suis presque convaincu qu'au sommet de la pyramide, on est beaucoup plus au courant de la situation, le SSPT n'étant qu'une parmi beaucoup d'autres, mais je ne pense aussi que cette connaissance des situations est superficielle et que cela tient probablement à deux choses. Avant tout, les plus anciens – le général Couture [SMA(RH-Mil)] a des responsabilités d'une étendue considérable et qui couvrent tellement de choses que si je veux le voir ou attirer son attention – ce n'est pas qu'il n'est pas accessible, c'est seulement qu'il en a trop. L'autre chose, bien sûr, est que si ... les gens ne se font pas connaître, on ne peut pas avoir une idée exacte de l'importance du problème et cela risque forcément de se refléter sur les ressources qui y seront consacrées.

1044 Le second secteur dans lequel des ressources insuffisantes affectent directement la façon dont les FC font face au problème du SSPT est le secteur des infrastructures de traitement du SSPT – en particulier les CSTSO.

1045 Comme nous l'avons noté plus haut, l'équipe d'enquêteurs a entendu très peu de critiques sur le traitement prodigué par les CSTSO. De fait, les membres sont pratiquement unanimes à louer la qualité des soins qu'ils reçoivent dans les centres. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont été très impressionnés par la conscience professionnelle et le dévouement du personnel des centres qu'ils ont visités. D'une façon générale, les membres qui souffrent du SSPT ont reconnu que le traitement qu'ils reçoivent au sein des FC semble au moins égal sinon supérieur au traitement que l'on reçoit dans le civil.

1046 Lorsqu'on lui a parlé des problèmes de recrutement de personnel dans les CSTSO, un MM supérieur, qui avait été impliqué dans la direction des centres, a déclaré :

1047

> ... récemment, le Ministre nous a demandé si me donner plus d'argent aiderait à résoudre les problèmes. Je lui ai répondu que je ne parvenais

> même pas à dépenser les fonds dont je dispose déjà. J'essaie, pourtant. Nous avons beaucoup de difficultés à trouver les fournisseurs de soins de santé dont nous avons besoin. Les psychiatres, en particulier, sont les plus difficiles à trouver.

1048 Beaucoup de membres du personnel soignant à qui les enquêteurs de l'Ombudsman ont parlé ont déclaré avec beaucoup d'emphase qu'ils ne partageaient pas du tout son point de vue. Même si trouver des psychiatres qualifiés est sans aucun doute un problème, il y a de nombreux domaines dans lesquels on cherche du personnel autre que des psychiatres, dans les CSTSO et dans les services de santé mentale des FC. Comme nous l'avons déjà souligné, il existe aussi de grands besoins de personnel additionnel pour prendre les cas qui sont suivis par personnel soignant non médical. De plus, les membres des CSTSO ont aussi besoin de ressources suffisantes pour lancer des programmes efficaces et approfondis d'approche et d'éducation tel qu'indiqué dans la partie IV du présent rapport. Il est particulièrement important de s'assurer que la formation en vue du déploiement est aussi efficace que possible. Je pense que des ressources additionnelles devraient être mises à la disposition des CSTSO de manière à libérer des professionnels qualifiés pour qu'ils puissent se concentrer sur les soins aux patients et l'éducation.

1049 Ceci dit, il est vrai que les psychiatres sont difficiles à recruter. D'après le Directeur des Services de santé mentale, le col Randy Boddam, le Canada manque sérieusement de psychiatres et de psychologues; de fait, la période d'attente moyenne pour voir un psychiatre dans le secteur civil, au Canada, est d'environ six mois. Malgré une lourde charge de travail dans les CSTSO, la période d'attente est cependant légèrement plus courte dans les FC que pour les Canadiens en général. Un MM supérieur des FC a déclaré : « Je sais que ce n'est pas une consolation pour nos membres, mais nos périodes d'attente sont actuellement beaucoup plus courtes que dans le civil. Malgré le fait qu'elles ont l'air longues, elles sont en fait plus courtes ».

Coût financier de l'absence de traitement et du SSPT

1050 Former un fantassin de base jusqu'à ce qu'il soit considéré comme étant « prêt au combat » et expérimenté (caporal qualifié) coûte environ 315 000 $, selon des calculs récents effectués par l'état-major de l'Armée de terre. En d'autres mots, lorsqu'un soldat est sur le point d'être déployé et d'être le plus exposé au risque du

SSPT, les FC ont déjà investi ce montant. Compte tenu de cet investissement, il est tout à fait logique de vouloir garder ce soldat dans les FC, même s'il s'avère nécessaire de le changer d'emploi pour raisons médicales.

1051 Si un CSTSO réussit à faire retourner à un service normal cinq soldats (représentant chacun un investissement minimum de 315 000 $), il sera parvenu à éviter aux FC des dépenses d'environ 1 575 000 $ – ce qui est très supérieur aux coûts actuels de fonctionnement d'un CSTSO. À partir des données fournies par le CSTSO de Halifax, il en coûte environ 1 138 000 $ par an pour traiter entre 200 et 250 patients par an. Par conséquent, cinq soldats par an représentent environ deux pour cent des cas traités par le CSTSO de Halifax et le coût de traitement est d'environ 5 000 $ par patient et par an.

1052 À l'inverse, si un soldat n'est pas soigné dès le début de la maladie, et que le mal progresse au-delà du point limite de rétablissement, le coût du traitement (qu'il soit partagé par le MDN et les ACC ou supporté par les ACC seulement) peut être considérable. Un soldat qui a souffert des symptômes du SSPT pendant les huit dernières années a indiqué aux enquêteurs que le coût de son traitement s'élevait à environ 250 000 $ à ce jour. Les ACC ne tiennent pas de statistiques particulières sur le coût de traitement des anciens membres atteints du SSPT, mais les dépenses totales pour le traitement des clients des ACC retraités et souffrant d'une maladie de nature psychiatrique ont dépassé un million de dollars pour les huit premiers mois de l'année 2001. Par rapport aux huit derniers mois de l'année 2000, ces dépenses ont augmenté de 15 pour cent. Ne pas s'attaquer sérieusement au problème du SSPT risque d'entraîner des coûts à long terme importants pour les Canadiens.

1053 Mises à part les considérations humanitaires et opérationnelles, il est dans le meilleur intérêt du MDN, des ACC et du public canadien :

1054 a. d'identifier et soigner le plus tôt possible les victimes de maladies dues au stress;

1055 b. de mettre sur pied des CSTSO et les financer à un niveau suffisant pour leur permettre de planifier la charge de travail et d'y répondre;

1056 c. de fournir des ressources médicales suffisantes pour traiter toutes les blessures dues au stress et ce, le plus tôt possible;

1057 d. d'éduquer tous les membres des FC sur les problèmes de santé mentale, de sorte qu'ils soient capables de reconnaître les symptômes de maladies dues au stress et se faire soigner dès le début.

Litige

1058 Comme nous l'avons souligné plus haut, les coûts financiers du traitement du SSPT sont insignifiants si on les compare aux coûts de recrutement et de formation des remplaçants. Négliger de s'attaquer sérieusement au problème du SSPT au sein des FC peut aussi avoir une autre conséquence financière importante : en ne fournissant pas de soins appropriés à leurs membres, les FC s'exposent à des procédures judiciaires. Au Royaume-Uni, les tribunaux ont accordé des sommes considérables à des soldats qui n'ont pas été traités de façon appropriée à la suite d'un diagnostic positif de SSPT. Dans un cas, un soldat qui avait servi aux Falklands s'est vu octroyer une indemnisation de 100 000 £ (220 000 $ CAN) par le tribunal de grande instance qui a jugé que l'armée avait négligé de le faire soigner pour son SSPT. Selon les rapports des médias, plus de 300 anciens combattants poursuivent le ministère britannique de la Défense pour défaut de diagnostic et de traitement du SSPT, et ce pour un montant pouvant s'élever jusqu'à 15 000 000 £ (33 000 000 $ CAN).[18] Un ancien officier de l'Armée irlandaise a récemment reçu 80 000 £ (176 000 $ CAN) du ministère irlandais de la Défense en règlement d'un litige lié au SSPT.[19]

1059 Dans un document commandé par les FC et publié en 1997 sur le soutien post-déploiement, les auteurs ont établi que « le concept de maladie mentale indemnisable était maintenant accepté dans beaucoup de pays ».[20] Le document faisait état d'un incident ayant impliqué la Royal Australian Navy, en 1964, dans lequel 82 marins de l'Australian Defence Force (ADF) avaient perdu la vie. Trente ans plus tard, plus de 80 réclamations d'indemnisation pour trauma psychologique sont encore devant les tribunaux. En 1997, un seul plaignant s'est vu accorder 1,7 millions $ australiens, ultérieurement réduits à 819 000 $ par une cour d'appel. Les indemnités potentielles reliées à cet incident sont estimées entre

---

[18] *The Guardian*, 3 avril 2001
[19] *The Sunday Times*, 8 novembre 1998
[20] *Soutien post-déploiement : Directives pour un programme de développement*. Major P. J. Murphy et capt G. Gingras, décembre 1997.

30 millions $ et 80 millions $. Il n'est pas clair quelle proportion de ce règlement, s'il en est, s'applique aux soins fournis aux membres par l'ADF, mais le rapport a recommandé que les commandants supérieurs « exigent une sensibilisation aux implications juridiques majeures du traumatisme dû au stress et de *la manière dont il est traité* [emphase ajoutée] ».

Recrutement et maintien des effectifs

1060 Les FC souffrent d'un manque de personnel entraîné, particulièrement dans les spécialités qui sont déployées. Pour tenter d'y remédier, le nouveau CEMD, le général Ray Hénault, a décrété que le recrutement et le maintien du personnel constituent une priorité et il a alloué des ressources en conséquence. La pression que subit le personnel des FC est reflété par le fait qu'on tente de recruter quelque 9 000 nouveaux membres simplement pour revenir aux plafonds déjà établis.

1061 La perception que les gens ont de la façon dont les FC traitent leurs membres souffrant de maladies dues au stress rend encore plus difficile l'arrivée de nouvelles recrues et le maintien en poste des membres actuels. Si elles veulent atteindre leurs objectifs de recrutement et de maintien des effectifs, elles devront projeter l'image d'un employeur prévenant qui fait le maximum pour s'occuper de ceux qui tombent malades ou sont blessés au cours de leur service.

1062 Les enquêteurs de l'Ombudsman ont entendu dire à plusieurs reprises et de plusieurs sources que cela ne correspond pas à la perception de membres au sein des FC. Un jeune major expérimenté, bien éduqué et bien entraîné, a déclaré aux enquêteurs qu'il prévoyait quitter les FC pour des raisons directement reliées à la façon dont il pensait que le système avait traité le cpl McEachern et d'autres membres blessés ou tombés malades en service :

1063

> Je suis un de ces cas. Je m'en vais après 20 ans. Et pourquoi? Après tout ce qui a été investi sur moi, j'aurais dû rester ... Alors, pourquoi je devrais encore leur faire confiance et rester dans un système qui m'a laissé tomber? C'est la réponse que vous recevrez de beaucoup de soldats, d'un bout à l'autre du pays ... À moins que des mesures très directes et

concrètes soient prises pour convaincre les gens que les choses sont vraiment en train de changer, la situation ne s'améliorera pas. Le cas McEachern et tous les autres cas du genre, les gens en entendent parler; si un système décline comme ça, c'est parce qu'on regarde la façon dont nous traitons les gens qui s'en vont.

1064 Je voudrais retourner en arrière quelques années, au cas du major Kenwood pour ceux qui s'en souviennent. Le gars était revenu avec une jambe en moins ... Pourquoi, à son retour, c'est le secteur privé qui s'est occupé de lui trouver un emploi et de corriger quelques-unes des erreurs que nous (les FC) avions commises? Encore une fois, pourquoi? ... Quel genre de message cela m'envoie? Où est passée la confiance? Ce n'est pas que les gens soient mal intentionnés. À mon avis, c'est un problème de système. Nous avons perdu notre orientation, l'effort collectif et coordonné pour faire ce qu'il faut. Tant que nous n'y reviendrons pas, le système ne s'améliorera pas.

1065 Il semble que les FC manquent une chance de maintenir en poste des personnes auxquelles elles ont déjà consacré beaucoup de formation et de ressources. En raison de l'importance accordée au recrutement et au maintien en poste, bien qu'il n'y ait pas de statistiques précises sur le sujet, il semble bien que beaucoup de soldats atteints du SSPT ont de meilleures chances de se rétablir et de retourner travailler à plein temps si la maladie est diagnostiquée au début et que le traitement est approprié. De fait, les enquêteurs de l'Ombudsman ont interrogé un certain nombre de soldats qui avaient souffert du SSPT et qui avaient repris leurs activités à temps plein. Le cpl McEachern est un exemple de la façon dont les FC ont perdu un bon soldat qui, si on lui avait accordé un reclassement comme son médecin l'avait recommandé, serait encore aujourd'hui un membre productif et fier des FC.

Défis de collaboration et de coordination

1066 L'enquête a mis en lumière un problème majeur qui affecte l'efficacité des FC dans leur approche du SSPT : le manque de coordination interne entre les divers éléments de l'organisation. La coordination à la fois au sein des FC et entre les FC et plusieurs organisations extérieures est tout aussi nécessaire pour assurer une

transition sans heurt, vers la vie civile, aux membres qui sont libérés pour des raisons médicales.

Les CSTSO et les ACC

1067 Comme le cpl McEachern l'a souligné, les membres qui souffrent du SSPT trouvent souvent difficile de changer de thérapeute. Néanmoins, actuellement, le traitement des soldats atteints du SSPT est sous la responsabilité du MDN. Toutefois, si un membre est libéré des FC à cause du SSPT, son traitement est alors pris en charge par les ACC et dispensé par des thérapeutes des ACC. Qui plus est, certains programmes sont offerts aux anciens combattants relevant des ACC mais pas aux membres des FC et vice versa. Les FC et les ACC ont donc élaboré conjointement une « Harmonisation des projets militaires » qui étend l'action des CSTSO aux patients actuels des ACC et développe la gamme des services offerts par les ACC aux membres actifs. Les avantages médicaux de ce plan sont indéniables : non seulement les membres atteints du SSPT pourront passer du service militaire actif au statut d'ancien combattant sans devoir changer de thérapeute, mais les réservistes et autres auront aussi accès aux CSTSO.

1068 Le Service de santé des FC envisage de faire un essai de collaboration entre le MDN et les ACC dans l'exploitation des CSTSO et de l'hôpital des ACC près de Sainte-Anne-de-Bellevue afin de faciliter la transition pour les soldats qui sont pris en charge par le système. Les enquêteurs de l'Ombudsman ont appris que deux réunions avaient déjà eu lieu et que le processus suivait son cours. L'officier d'état-major médical supérieur qui, au QGDN, est chargé de superviser ce programme, a fait le commentaire suivant :

1069

> Notre objectif ultime est d'imiter le Centre où nous avons du personnel employé par le MDN, en uniforme ou non, et du personnel employé par les ACC, mais qui travaillent tous au même endroit et s'occupent des mêmes patients venant indifféremment de l'un ou l'autre côté de cette ligne de partage que sont les uniformes. Nous espérons qu'ils ne se rendront même pas compte de l'existence d'une ligne de partage.

1070 Comme nous l'avons déjà souligné, un des inconvénients de ce développement positif pour beaucoup de membres atteints du SSPT sera que les renseignements médicaux confidentiels qu'ils auront confiés aux ACC seront communiqués au MDN.

Actuellement, quand un membre des FC demande une consultation aux ACC, aucune information n'est communiquée au MDN. Bien que les renseignements médicaux ne devraient être partagés qu'entre médecins, les membres des FC n'ont aucune confiance dans la façon dont le MDN respecte le principe de confidentialité et ils craignent donc les implications de cette interaction entre le MDN et les ACC.

1071 Une autre crainte générée par cet accès conjoint MDN/ACC aux services des CSTSO est que, à moins que ces derniers n'obtiennent des ressources additionnelles proportionnelles à l'augmentation des charges de travail, les soldats et les anciens combattants devront attendre plus longtemps pour se faire soigner.

1072 Pour l'instant aucune période d'attente acceptable normale n'a été établie pour les soldats qui demandent de l'aide aux CSTSO. Le système tente de s'aligner sur la période d'attente qui existe localement, dans le secteur civil. En l'absence d'une norme acceptée, il est difficile d'établir une relation directe avec les ressources disponibles. Cependant, la situation du personnel militaire n'est pas comparable à celle des civils : dans un cas au moins, un membre a été déployé alors qu'il attendait une évaluation. Qui plus est, dans les régions moins peuplées, les militaires qui sont actuellement référés au secteur civil rallongent la période d'attente moyenne locale des civils, rallongeant artificiellement le temps d'attente normal.

Collaboration entre les ACC, le MDN et le RARM

1073 Le MDN, les ACC et le Régime d'assurance-revenu militaire (RARM) se partagent la responsabilité des soins aux membres militaires souffrant d'une invalidité médicale et libérés des FC. Le RARM est effectivement le programme d'assurance-invalidité de personnes des FC pour lequel les membres paient des primes. Les avantages financiers, de même que les programmes de recyclage professionnel du RARM, détiennent une place importante dans les plans de transition des membres. Malheureusement, pour beaucoup de membres des FC atteints du SSPT et placés sur la LEPND, les avantages du recyclage du RARM ne sont activés que lorsque les membres se trouvent à six mois ou moins de leur libération, alors que beaucoup d'entre eux ont besoin, dans le cadre de leur thérapie, de commencer ce recyclage peu de temps après avoir été placés sur la LEPND.

1074 Une des recommandations de la Commission d'enquête sur la Croatie a été que les FC « assurent un meilleur partage de l'information entre les Forces canadiennes, les Anciens Combattants Canada et le Régime d'assurance-revenu militaire en vue de réduire l'écart existant entre la fin du service militaire et le commencement des retombées (recommandation 23) ». En réponse à cette recommandation, les FC se sont engagées à ce que « le MDN devienne une force proactive dans les efforts de consolidation et d'expansion des partenariats existant avec les ACC [et] le RARM. Elles se sont aussi engagées à publier régulièrement les résultats ».

1075 Heureusement, les avantages offerts par les ACC sont largement disponibles pour les membres en service, ce qui facilite la transition. Les ACC ont créé des postes de coordonnateurs pour la transition à Ottawa et dans quatre bases (Esquimalt, Edmonton, Valcartier et Gagetown) afin d'aider les membres des FC avec les réclamations, les acquisitions de service et les documents médicaux.

1076 Je me réjouis des progrès accomplis dans l'amélioration de la coordination des services aux membres libérés ou en voie de l'être; et j'incite les trois organisations à poursuivre leurs efforts de collaboration.

Le système des gestionnaires de cas

1077 Un gestionnaire de cas est un professionnel des soins de santé qui est nommé pour superviser les soins à un patient, depuis le diagnostic initial jusqu'à sa libération et sa transition vers les soins des ACC, inclusivement. Selon le DGS San, le bgén Mathieu, responsable de la mise en place du système de gestionnaire de cas, les données provisoires du sondage sur un projet pilote sont encourageantes :

1078

> Nous avons actuellement un projet pilote ... dans cinq sites ... nos quatre bases militaires et Ottawa. Ce projet a été lancé il y a maintenant un peu plus de six mois et nous avons fait notre premier sondage sur le degré de satisfaction. En général, les résultats sont plutôt bons ... Si on regarde notre échelle d'évaluation de 1 à 10, 75 pour cent des répondants ont donné une note entre 8 et 10 ... Nous allons devant le CSR [Comité supérieur de révision] en juin pour faire approuver le

> reste, puis nous nous attaquerons à la catégorie médicale temporaire ... nous les choisissons [quand ils sont placés dans une catégorie temporaire] plutôt que d'attendre qu'ils soient libérés. Il pourrait s'écouler jusqu'à deux ans avant qu'ils soient libérés, mais nous aurons géré leur cas pendant deux ans, les aidant à passer à travers tous leurs problèmes et avoir accès à diverses ressources ... idéalement, notre objectif est de les remettre au travail ... mais si ce n'est pas possible, on les aide tout au long du processus de libération.

1079 Le Comité supérieur de révision (CSR) sur le concept de gestionnaire de cas s'est réuni le 19 juin 2001 et il a approuvé le reste de l'initiative; sa mise en œuvre est en cours. Le plan prévoit que les gestionnaires de cas seront des infirmiers civils formés dans le domaine des troubles psychologiques.

1080 Je crois que ce système de gestionnaires de cas est prometteur et qu'il a le potentiel pour instaurer une continuité des soins dans le système de santé des FC.

Collaboration entre les diverses entités du MDN impliquées dans le traitement du SSPT

1081 Les travailleurs sociaux, le personnel médical, les aumôniers, les bénévoles et autres personnels associés aux soins prodigués aux membres atteints du SSPT ou à leur famille ne partagent pas toujours l'information qu'ils possèdent et ne s'entendent pas toujours sur les meilleures méthodes de traitement à dispenser à des patients. Il ne s'agit souvent que de « luttes territoriales », que ce soit en déploiement ou en garnison. Il est nécessaire d'établir des démarcations claires de responsabilités entre les travailleurs sociaux, les aumôniers et le personnel médical, ainsi que pour les bénévoles si nécessaire.

1082 Des aumôniers ont dit carrément aux enquêteurs de l'Ombudsman que le personnel médical et/ou les travailleurs sociaux ne les considéraient pas toujours comme des membres de l'équipe. Une aumônière qui avait été déployée a déclaré que le manque de coordination entre les travailleurs sociaux et personnel médical nouvellement débarqués et les aumôniers fournisseurs de soins déjà sur place constitue un problème majeur. Elle avait le sentiment que le climat de confiance qu'elle avait bâti avec les soldats était largement ignoré par les 'professionnels', au détriment des soldats. Plusieurs soldats ont dit de même. Il est clair que

l'action des aumôniers va vraiment au delà du service spirituel habituellement fourni par leurs homologues civils et que leur contribution devrait être considérée comme partie intégrante de l'effort global.

1083 Le manque de coordination entre les différentes entités au sein du MDN ainsi que l'absence d'un Bureau de première responsabilité entravent aussi la mise en œuvre de beaucoup de recommandations de la Commission d'enquête sur la Croatie et du Rapport Thomas. Il ne s'agit pas nécessairement d'un manque de collaboration, mais plutôt d'une méconnaissance de ce qui se passe dans d'autres secteurs du Ministère. Un officier supérieur qui a tenté de retracer la mise en œuvre de ces recommandations a déclaré : « Nous essayons de retracer les recommandations une par une, chacun de notre côté ... On dirait que chaque groupe fonctionne en vase clos ».

1084 La tendance a été de simplement compter le nombre de recommandations mises en œuvre séparément pour mesurer le succès, plutôt que d'évaluer l'efficacité des efforts combinés. Un tel manque de coordination peut avoir des effets sérieux. Comme l'a dit un officier :

1085

> En établissant une structure matricielle,[21] nous avons divisé le tout, chacun ne s'occupant que de sa part, sans se préoccuper de l'effet composé; ça ne peut pas fonctionner. Le cas McEachern – il y a quatre ou cinq entités différentes impliquées dans ce cas, chacune travaillant indépendamment des autres, ne se parlant peut-être même et n'essayant même pas de trouver une solution combinée. Pourtant, si on regarde sur le terrain, on travaille en combinant nos efforts.

1086 Selon un autre officier supérieur d'état-major du QGDN, la solution est relativement simple : « Je pense que la clé du

[21] Le terme 'matricielle' caractérise une structure dans laquelle on réunit des personnes appartenant à différentes organisations et ayant des rapports hiérarchiques séparés, mais qui travaillent ensemble à la solution d'un problème. Alors qu'une structure matricielle est un moyen efficace d'obtenir une expertise pluridisciplinaire, elle ne possède pas de point central de contact responsable de l'ensemble.

problème est simplement qu'une personne prenne la direction en main. » :

1087 Je pense que nous savons tous, depuis la [Commission d'enquête sur la Croatie], que ce n'est ni un problème médical ni un problème de production; c'est un problème de pluridisciplinarité qui doit être réglé dans ce contexte. Si nous ne sommes pas capables de le régler pour seulement quelques personnes, nous nous dirigeons vers la disparité la plus totale.

Coordonnateur pour les problèmes de SSPT

1088 Ce rapport a mis en lumière un certain nombre d'éléments importants, à mon avis, pour comprendre ce qui est arrivé au cpl McEachern et il fait des recommandations pour améliorer la façon dont les FC font face au problème du SSPT. Cependant, comme nous l'avons souligné tout au long du rapport, beaucoup de problèmes abordés dépassent le niveau des responsabilités d'une unité donnée ou même celui d'un commandement d'armée. Par exemple, la responsabilité globale de l'éducation formelle sur le SSPT appartient au SREIFC, tandis que la formation des unités en vue des déploiements relève en grande partie du commandement d'armée ou, dans le cas de l'Armée de terre, de chacun de ses secteurs; les traitements médicaux sont du ressort du DGS San, tandis que les LEPND relèvent des commandements de base et d'unité, sous réserve des directives en provenance du QGDN. En d'autres mots, différentes autorités aussi nombreuses que disparates influencent sur la façon dont les FC affrontent le problème du SSPT.

1089 Il me semble nécessaire de créer une autorité de supervision unique qui adopterait une approche holistique du SSPT et de tout ce qui s'y rattache; une telle autorité permettrait aux FC de relever avec un maximum d'efficacité ce défi particulièrement complexe dans un contexte militaire. Tandis que la plupart des décideurs des FC que les enquêteurs ont rencontrés sont prêts à apporter des changements, une coordination à l'échelle des FC toutes entières devient un impératif incontournable. Un coordonnateur central pourrait jouer un rôle crucial en aidant à normaliser et unifier l'éducation et la formation sur le SSPT, et aussi servir de personne-ressource et de conseiller pour l'ensemble des FC. De plus, un coordonnateur pour le SSPT pourrait faciliter les contacts entre les

décideurs et les membres des FC qui sont passés par le système en tant que patients, donnant ainsi à ceux qui sont atteints du SSPT une chance de contribuer à l'amélioration du système. De la même façon, les FC acquièrent de l'expérience sur la façon d'aborder les problèmes reliés au SSPT; pourtant, il n'existe pas de mécanisme qui permette de partager les leçons retenues avec toutes ces parties impliquées, des cmdt au personnel soignant et aux éducateurs qui pourraient grandement bénéficier des expériences de chacun. Je recommande donc que le poste de coordonnateur pour le SSPT soit créé, en vue de coordonner les approches et les enjeux connexes, dans l'ensemble des FC. Il faudra déterminer si la personne dans ce poste aura ou non une autorité exécutive directe et si oui, à quel niveau. Cependant, étant donné que le SSPT est un problème à l'échelle des FC toutes entières et pour bien montrer que le problème du SSPT est pris au sérieux, je suggère que la personne qui occupera le poste rende compte directement au CEMD en tant que conseiller spécial sur le SSPT. Le coordonnateur aura aussi besoin d'un minimum de personnel.

1090 Je reconnais pleinement l'importance de la chaîne de commandement et je prévois un peu de résistance en quelques endroits envers une initiative qui pourrait être interprétée comme une manière de court-circuiter les rapports hiérarchiques normaux. Pourtant, il n'y a rien de nouveau ni d'inhabituel dans le fait qu'un individu ou un groupe soit hiérarchiquement et directement relié au CEMD. En février 1999, le CEMD a créé le poste de Conseiller spécial auprès du Chef d'état-major de la Défense pour les questions de perfectionnement professionnel des officiers.[22] Le titulaire, actuellement le bgén Charles Lemieux, rend directement compte au CEMD et son mandat consiste à « agir en tant que son agent principal sur toutes les questions relatives au perfectionnement professionnel au sein des FC. » Selon les attributions du bureau, le mandat inclut des fonctions de conseil et de planification stratégique en matière de perfectionnement professionnel à tous les grades; il inclut aussi la tâche de représenter le CEMD dans toutes les réunions organisées par le Bureau du SMA(RH-Mil) sur le perfectionnement professionnel. Le conseiller spécial fait aussi le lien entre le CFMD et l'Institut de leadership.

---

[22] En janvier 2000, le titre du Bureau a été remplacé par celui de Conseiller spécial auprès du CEMD pour le perfectionnement professionnel.

1091 D'autres exemples de relations hiérarchiques directes avec le CEMD, en dehors de la chaîne de commandement normale, incluent le Directeur général – Affaires publiques (DGAP) qui relève directement du CEMD. J'ai appris de l'ancien CEMD que la Force opérationnelle interarmées 2 en relève aussi directement.

1092 Je réalise qu'une telle recommandation est exceptionnelle, même si elle n'est pas sans précédent. Je crois toutefois que le problème du SSPT a créé des défis tellement grands pour les FC que cela nécessite une solution exceptionnelle.

1093 Le coordonnateur pour le SSPT exercerait les fonctions suivantes :

1094 • être le point central de tout ce qui se rapporte au SSPT dans l'ensemble des FC;

1095 • agir comme personne-ressource auprès de la chaîne de commandement pour tout ce qui se rapporte au SSPT;

1096 • être 'les archives' des leçons retenues sur le SSPT;

1097 • évaluer les meilleures pratiques et éduquer les autres;

1098 • s'assurer que le personnel soignant, les éducateurs et la chaîne de commandement sont sensibilisés aux problèmes de SSPT et les tient informés des développements;

1099 • agir comme source confidentielle d'information et de référence pour les membres qui demandent de l'aide;

1100 • identifier les manques dans le système et définir les mesures à prendre pour y remédier;

1101 • coordonner l'éducation et les campagnes d'approche auprès des familles des membres atteints du SSPT;

1102 • prôner le système de soutien par les pairs déjà mentionné dans le rapport;

1103 • coordonner les activités d'éducation et de formation spécialisées ainsi que des briefings d'information pour la chaîne de commandement et les unités;

1104 • agir comme ressource en cas d'incidents (à ce titre, le coordonnateur et son personnel seraient disponibles pour donner des conseils généraux et des références aux cmdt et à

d'autres personnes en cas d'incidents majeurs, en déploiement ou au Canada);

1105 • donner des conseils en matière d'améliorations sur le plan administratif (comme la liaison avec les ACC ou le processus de la LEPND);

1106 • aider à la préparation de matériel pédagogique efficace;

1107 • fournir de l'information et du personnel pour des campagnes d'approche;

1108 • aider à la collecte de données précises des différentes sources des FC;

1109 • surveiller ce qui se fait dans les armées étrangères en matière de SSPT;

1110 • surveiller les développements en matière de traitement du SSPT, en collaboration avec le DGS San;

1111 • agir comme représentant des FC auprès du public pour tout ce qui concerne le SSPT.

1112 Il ne s'agit en aucun cas d'une liste complète des tâches qui pourront être confiées au coordonnateur pour le SSPT. Comme nous l'avons noté tout au long de ce rapport, les FC sont touchées par une multitude de problèmes reliés au SSPT. Je pense que le Bureau du coordonnateur deviendrait rapidement un centre d'expertise pour tous les membres des FC, incluant la chaîne de commandement et tous ceux qui, au sein des FC, auraient besoin d'aide. Je crois que cette approche est essentielle si les FC veulent relever avec succès le défi du SSPT.

Résumé et recommandations

1113 Il est primordial que les FC surveillent étroitement l'efficacité pratique des mesures relativement nouvelles afin de s'assurer que les unités font le suivi auprès des réservistes et des renforts.

1114 Je recommande donc que :

19. Les Forces canadiennes examinent et évaluent l'efficacité des politiques et procédures destinées à aider le personnel de Réserve et de renfort, avant et après un déploiement.

1115 La clé du succès à une politique plus flexible pour le placement des membres des FC atteints du SSPT pourrait être d'accorder aux cmdt des ressources additionnelles qui leur permettraient de maintenir une LEPND efficace au sein même de l'unité pour s'occuper de leurs blessés; ces ressources additionnelles devraient aussi être suffisantes pour permettre de maintenir la pleine capacité de l'unité tant sur le plan opérationnel que sur le plan formation.

1116 Je recommande donc que :

20. Les Forces canadiennes revoient leurs politiques et procédures et les assouplissent, dans la mesure du possible, de façon à pouvoir répondre aux souhaits des membres atteints du SSPT qui désirent demeurer dans leur unité aussi longtemps que possible.

1117 Il est clair que la décision de placer un membre sur la LEPND devrait être prise avant tout dans le meilleur intérêt du membre, comme le stipule le CANFORGEN 100/100. Une interprétation sélective de cette directive est inacceptable.

1118 Une manière d'éviter une situation dans laquelle des gestionnaires de carrière rejettent ou retardent des demandes de placement de soldats sur la LEPND serait d'en donner la responsabilité finale au MM plutôt qu'au gestionnaire de carrière. Il devrait aussi exister un mécanisme qui permettrait au cmdt du membre d'avoir son mot à dire dans la décision. De cette façon, l'accent resterait sur le meilleur intérêt du membre plutôt que sur les exigences pour remplir un poste.

1119 Je recommande donc que :

21. Les Forces canadiennes revoient leurs procédures de placement de membres sur la LEPND afin d'impliquer davantage les médecins militaires et les commandants d'unité dans les décisions.

1120 Il me semble évident que les membres atteints du SSPT devraient être gardés aussi près que possible de leur unité. On a déjà noté que les membres atteints du SSPT ont très peu de chance de se rétablir et de retourner dans leur unité lorsque cette dernière se décharge de sa responsabilité à leur égard sur un organisme extérieur. Il existe aussi une valeur thérapeutique certaine dans le fait de donner un emploi rémunéré, dans l'unité, aux membres placés sur la LEPND. Ce serait, pour tous les soldats, un exemple positif du fait que ceux qui souffrent de troubles causés par le stress ne sont en aucun cas rejetés ni isolés de l'unité et qu'ils peuvent continuer à contribuer. Cependant, pour qu'un tel objectif soit efficace, des ressources additionnelles en personnel devront être octroyées aux unités pour qu'elles puissent respecter leurs engagements, y compris celui de s'occuper de leurs membres malades ou blessés, aussi près que possible de leur unité.

1121 Je recommande donc que :

22. Les unités maintiennent un contact, au moins toutes les deux semaines, avec leurs membres sur la LEPND, compte tenu des restrictions imposées par le personnel soignant ou des désirs contraires du membre.

23. Les Forces canadiennes se penchent sur les problèmes de ressources qui empêchent les unités de s'occuper comme il se doit de leurs membres atteint du SSPT.

1122 L'absence de coordination entre les cinq CSTSO actuels préoccupe le système médical des FC. Je veux encourager les efforts de normalisation car je crois qu'en fin de compte ce sont les patients et le personnel soignant qui en bénéficieront.

1123 Je recommande donc que :

24. Les Forces canadiennes donnent la priorité à l'accélération des efforts de normalisation dans les CSTSO en matière de traitement des membres atteints du SSPT.

1124 Le niveau de ressources établi pour les CSTSO est insuffisant pour satisfaire la demande actuelle. Si le nombre de soldats qui ressentent les symptômes du SSPT et se présentent au Centre augmente, les ressources seront malheureusement insuffisantes et le personnel soignant du CSTSO risque d'être débordé et de souffrir d'épuisement. Les charges de travail des CSTSO vont aussi augmenter à la suite des initiatives conjointes du MDN et des ACC, donnant à ceux qui ont quitté les FC un plus grand accès aux CSTSO.

1125 Je recommande donc que :

25. Les CSTSO reçoivent, en priorité, des ressources suffisantes pour exercer toutes les fonctions qui leur ont été confiées.

1126 Les objectifs du CSTSO incluent fournir un traitement et une assistance aux membres et à leur famille qui sont confrontés aux traumas et au stress opérationnels. Il faut éliminer le plus tôt possible les obstacles risquant d'empêcher les membres de se faire soigner. Comme le déménagement des CSTSO hors des bases, dans des endroits plus discrets, exigerait la mobilisation de ressources considérables et entraînerait inévitablement des dérangements au niveau des traitements, il me semble nécessaire de lancer un projet pilote qui permettra de mesurer la valeur du déménagement des CSTSO hors des bases.

1127 Je recommande donc que :

26. Le DGS San lance un projet pilote de réinstallation d'un CSTSO hors de la base afin de vérifier si un tel arrangement répond mieux aux objectifs du CSTSO.

1128 Un personnel soignant compétent et en bonne santé est impératif si les FC veulent se donner la capacité de faire face à leur problème de SSPT. Cependant, c'est un groupe qui est particulièrement vulnérable au stress; constamment exposés à des patients souffrant de trauma, ils doivent parfois s'engager dans de véritables batailles pour plus de ressources et autres soutiens. De plus, leurs diagnostics sur l'état de certains patients sont parfois remis en question par la chaîne de commandement opérationnelle d'une manière qui ajoute à leur stress et qui mine leur autorité.

1129 Je recommande donc que :

27. Les Forces canadiennes prennent des mesures pour faire face aux problèmes de stress et d'épuisement professionnel causés, au sein du personnel soignant, par le manque de ressources et des charges de travail trop élevées.

1130 Les besoins des conjoints et enfants de membres atteints du SSPT ne sont pas toujours satisfaits. Par conséquent, les personnes qui sont généralement les premières à détecter les signes de SSPT ne disposent pas toujours de l'information dont elles ont besoin pour comprendre la nature de la maladie et réagir en conséquence. Les familles peuvent être d'une aide précieuse en identifiant le SSPT et en soutenant le traitement, mais cette source n'est pas toujours exploitée.

1131 Je recommande donc que :

28. Les Forces canadiennes prennent des mesures pour améliorer les programmes de soutien aux familles des membres atteints du SSPT, partout et à tous les niveaux.

1132 L'appui permanent au concept du soutien par les pairs revêt une extrême importance, tout comme un niveau de financement approprié pour en assurer le succès. Je recommande donc que :

29. Les Forces canadiennes continuent de soutenir l'initiative de Soutien social aux victimes de stress opérationnel et allouent des ressources suffisantes pour étendre cette initiative ou des programmes similaires à l'ensemble de l'organisation.

1133 Les membres des FC atteints du SSPT sont très préoccupés par la confidentialité de leur condition médicale. Ils ne font pas confiance aux fournisseurs militaires de soins de santé pour protéger cette confidentialité et ils craignent que si leur condition est divulguée à leur unité, la stigmatisation du SSPT, tellement répandue dans les unités, risque de mettre leur emploi en danger et les force même à se faire libérer pour des raisons médicales. Les cmdt trouvent aussi de plus en plus difficile d'obtenir suffisamment d'information sur les gens qu'ils commandent pour être en mesure de faire leur travail correctement. Il est difficile de rendre les commandants responsables du bien-être de leurs troupes si on leur refuse de l'information critique sur le personnel sous leur commandement. La clé pourrait être l'instauration d'une atmosphère de confiance entre les membres et leur chaîne de commandement qui permettrait à toutes les parties impliquées de disposer de l'information dont elles auraient besoin pour mieux aider les membres malades.

1134 Je recommande donc que :

30. Les Forces canadiennes revoient de façon exhaustive les règles traitant de la confidentialité des renseignements médicaux. Dans l'immédiat, les bris de confidentialité doivent être traités de manière visible et rapide afin de rétablir la confiance dans la détermination des Forces canadiennes à protéger les renseignements personnels.

1135 Les diverses entités et groupes professionnels impliqués dans les soins donnés aux soldats souffrant du SSPT ne partagent pas toujours l'information et ne collaborent pas efficacement. Il y a un net besoin de plus de communication et de partage d'information entre les médecins et les autres groupes qui apportent un soutien aux patients atteints du SSPT. Une solution à ce problème est de créer un poste, au sein des FC, dont la responsabilité sera de coordonner toutes les activités reliées au traitement du SSPT.

1136 Je recommande donc que :

31. Les Forces canadiennes créent un poste de coordonnateur pour le SSPT, poste relevant directement du CEMD et destiné à coordonner toutes les activités relatives au SSPT dans l'ensemble des Forces canadiennes.

Conclusion

1137 Je conclus que la plainte du cpl McEachern, selon laquelle il a été stigmatisé et traité injustement par les FC après avoir été atteint du SSPT selon le diagnostic, est justifiée. Le résultat de l'incapacité du système à prendre soin d'un des siens est que le cpl McEachern s'est retrouvé tout seul avec sa souffrance, sans le soutien qui l'aurait aidé à demeurer un élément actif des FC; elles ont donc perdu un bon soldat. Ce qui est plus préoccupant est toutefois que le traitement injuste que le cpl McEachern a enduré n'est pas unique ni isolé.

1138 Cette enquête n'aurait pas été possible sans le courage du cpl McEachern et celui d'autres membres des FC et de leur famille qui ont accepté de partager leurs expériences avec nos enquêteurs. On devrait les féliciter de leur acceptation de se faire connaître, de sorte que d'autres puissent bénéficier des souffrances et des frustrations qu'ils auront endurées. Ces membres des FC qui ont eu le courage de reconnaître que le système peut faire mieux méritent nos applaudissements pour leur honnêteté. Je crois que ce rapport a parfaitement saisi l'essence des expériences vécues par les membres des FC et leur famille qui ont été victimes des effets du SSPT; je crois aussi qu'il contient beaucoup de solutions concrètes à des problèmes réels. Elle n'aurait pas été possible non plus sans les conseils et l'apport du Conseiller spécial sur le SSPT auprès de l'Ombudsman, le bgén (à la retraite) Joe Sharpe, et les innombrables heures de travail qu'il y a consacrées en compagnie du Directeur de l'équipe d'intervention spéciale du Bureau de l'Ombudsman, Gareth Jones, de même que mes équipes d'enquêteurs et de préposés à l'accueil.

1139 Mon enquête poussée sur cette question a confirmé que le SSPT est une maladie vraiment réelle, qui affecte de nombreux membres des FC et leur famille. Beaucoup trop de soldats qui souffrent de cette maladie sont stigmatisés, étiquetés comme faux malades et mis à l'écart d'un système qui est censé exister pour les soutenir. Le simple fait que la situation ait dégénéré pour faire place aux insultes exige des mesures de la part des autorités des FC. Il est évident que lorsque cette maladie est soignée comme elle le devrait et que le soutien est présent, les membres qui en sont atteints peuvent continuer à contribuer efficacement aux activités des FC. Certaines histoires de réussite que nous avons entendues m'ont encouragé et démontrent que, contrairement à la croyance populaire, un diagnostic de SSPT ne signifie pas toujours un aller simple pour sortir des FC; malheureusement, ces succès sont l'exception.

1140 Il faut reconnaître que les FC ont déjà pris de nombreuses mesures pour mieux servir les membres atteints du SSPT et leur famille. Les dirigeants des FC ont exprimé une forte détermination à assurer le bien-être de leurs troupes.

1141 Le mandat de mon Bureau est précisément de contribuer de façon durable et substantielle à l'amélioration de la vie des membres des FC et de leur famille. Je souhaite ardemment que les recommandations contenues dans ce rapport soient une autre contribution à l'exécution de ce mandat. Toutefois, cela ne sera possible qu'avec le soutien des dirigeants du MDN et des FC. Je les incite donc à voir dans ces recommandations non pas une condamnation mais un encouragement véritable à concrétiser leurs engagements envers les membres et les familles des membres.

1142 De nombreuses personnes au sein de l'organisation ont démontré une détermination forte et implacable à venir en aide à leurs collègues blessés. Récemment, le 8 novembre 2001, le lgén Couture, SMA(RH-Mil) ainsi que le col Scott Cameron, Chef du Service de santé, ont témoigné devant le CPDNAC des efforts entrepris pour faire face au problème du SSPT. Le col Cameron a déclaré que le SSPT « est sans contredit un des plus importants problèmes de santé auxquels nos membres sont confrontés ». Par la suite, il a ajouté que l'amélioration des services de santé mentale était une préoccupation permanente.

1143 Je crois que des mesures importantes doivent être prises pour améliorer l'éducation et la sensibilisation en matière de SSPT et de ses conséquences, et ainsi modifier le climat de non-confiance et de scepticisme qui entoure cette maladie. Les efforts et ces initiatives pour prendre soin des membres atteints du SSPT doivent être coordonnés de sorte que le plus grand nombre possible de personnes atteintes du SSPT soit soigné de la manière la plus efficace possible. Il faut aussi affecter des ressources suffisantes pour que ceux qui travaillent dans le système puissent effectivement faire leur travail. Enfin il faut modifier radicalement les méthodes afin d'éliminer la bureaucratie inefficace et donner la priorité aux besoins des membres, plutôt qu'aux préoccupations et aux détails administratifs. L'administration des FC et le système de soutien doivent changer et s'adapter pour répondre aux besoins des membres blessés ou malades plutôt que le contraire.

1144 Je réalise que le fait de demander aux ressources d'en faire davantage est plus facile à dire qu'à faire, à une époque difficile et incertaine sur le plan économique. Toutefois, si des ressources ne sont pas rendues disponibles dès maintenant, cela entraînera, pour

l'ensemble des FC, des coûts à long terme incommensurables. Ne pas s'attaquer efficacement à ce problème croissant entraîne des conséquences majeures en termes de dollars perdus en recrutement, éducation et entraînement de soldats qui reviennent du déploiement atteint du SSPT et qui sont libérés des FC. Cette incapacité augmente, de façon indue, la charge de travail imposée à ceux qui restent dans l'armée, armée qui manque de plus en plus de personnel.

1145 Nous devons réaliser que l'argent que nous dépensons pour soigner les membres atteints du SSPT est un investissement en personnel qui rapportera plus tard d'importants dividendes. Chaque dollar dépensé en éducation, traitement et soutien entraînera des économies d'argent dix fois plus élevées que les sommes actuellement dépensées pour remplacer inutilement de bons soldats perdus. Qui plus est, on ne peut pas donner de valeur monétaire à l'impact positif sur la qualité de vie ni au meilleur moral des membres atteints du SSPT et de leur famille, ni à l'amélioration de la perception du public parce que les FC font ce qu'il faut comme il faut.

1146 Les Canadiens vivent des temps de plus en plus difficiles. Ils veulent une armée sur laquelle ils peuvent compter pour contribuer à la défense de la liberté et de la sécurité dans le monde. Actuellement, le Canada a le plus grand nombre de membres des FC déployés à travers le monde, depuis la guerre de Corée. Le stress engendré par cette accélération de la cadence opérationnelle atteindra bientôt un niveau critique. Le maintien des obligations de défense du Canada entraîne des coûts qui vont au-delà du simple remplacement des chars et des hélicoptères. Nous devons aussi avoir les ressources nécessaires pour soigner nos soldats quand ils reviennent de la bataille afin de les garder en bonne santé et prêts à répondre de nouveau.

1147 Quelques membres des FC, en particulier ceux qui sont employés dans les ressources humaines et les services de santé, souligneront les pas de géant que les FC ont faits au cours des dernières années dans le traitement des membres atteints du SSPT. Je me réjouis que des améliorations qui s'imposaient aient été apportées, mais il reste encore beaucoup à faire. Nous ne devrions pas nous laisser distraire de ce qui reste à accomplir par ce qui a déjà été fait.

1148 En raison de l'importance des soins à apporter aux membres des FC atteints du SSPT, j'ai l'intention de rencontrer les autorités appropriées des FC et du MDN pour les aider à analyser mes recommandations. Un effort concerté entre les FC et mon Bureau,

ainsi que le partage des renseignements recueillis au cours de l'enquête, sont essentiels à des améliorations durables. Je tiens à participer à cette prochaine étape de concertation et de collaboration.

1149 Je comprends aussi que le public s'intéresse de plus en plus à cette question et à la façon dont nos FC traitent les membres atteints du SSPT. En raison de l'intérêt public marqué à l'égard de la solution des problèmes liés au SSPT dans les FC, j'ai l'intention de publier, dans les neuf mois qui suivront la sortie de ce rapport, un rapport de suivi sur les progrès réalisés par l'organisation dans l'amélioration du bien-être de ses membres souffrant du SSPT. Ensemble nous pouvons faire une différence!

Sommaire des recommandations

1150 Il est recommandé que :

1151 1. Les Forces canadiennes développent une base de données qui reflète exactement le nombre de membres des FC, de la Force régulière comme de la Force de réserve, qui souffrent de maux causés par le stress.

1152 2. Les Forces canadiennes développent une base de données sur les suicides parmi ses membres actuels et anciens.

1153 3. Les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et confidentielle sur la santé mentale qui couvrira à la fois les anciens membres, ainsi que les membres actifs de la Force régulière et de la Force de réserve.

1154 4. Les Forces canadiennes examinent plus en détail la question de la thérapie par le travail pour ceux qui sont placés sur la LEPND, en vue de créer des politiques et des procédures pour gérer équitablement la situation des membres inscrits sur la LEPND et qui reçoivent une rémunération secondaire d'emploi dans le cadre d'un programme de thérapie.

1155 5. Les Forces canadiennes lancent un programme qui permettra à toutes les unités de recevoir une formation d'approche sur le SSPT, formation qui sera dispensée par les CSTSO.

1156 6. Les CSTSO soient financés à un niveau qui leur assure les ressources suffisantes pour fournir une formation d'approche de haute qualité aux unités qui en font la demande.

1157 7. Les objectifs d'éducation et de formation spécifiques et détaillés sur le SSPT soient inscrits dans les programmes d'études de tous les établissements d'éducation et de formation des Forces canadiennes, et que les critères de mesure de performance de ces organismes reflètent ces objectifs.

1158 8. Les unités des Forces canadiennes soient mandatées pour fournir, à tous leurs membres et à intervalles réguliers, une formation sur le SSPT, en plus de la formation liée au déploiement.

1159 9. Les Forces canadiennes fassent du SSPT un élément obligatoire de l'éducation et de la formation à tous les grades; et que l'éducation de tous les membres sur le SSPT devienne une priorité.

1160 10. Le Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT joue un rôle central dans le processus d'éducation et de formation en agissant comme ressource et conseiller pour les bases, les formations et les commandements.

1161 11. Les Forces canadiennes incluent des membres actuels ou anciens, qui ont une expérience personnelle du SSPT, dans toutes les initiatives d'éducation et de formation dans ce domaine particulier.

1162 12. Des équipes multidisciplinaires englobant toutes les spécialités professionnelles qui ont un rapport avec le diagnostic et le traitement du SSPT, incluant des soldats expérimentés, soient mises sur pied pour dispenser une formation sur le service d'approche. Afin d'augmenter son efficacité et assurer sa normalisation, une telle formation devrait être placée sous le contrôle du Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT.

1163 13. Les Forces canadiennes allouent des ressources additionnelles pour accélérer le lancement des initiatives proposées pour l'éducation en santé mentale mises au point par l'équipe de santé mentale du Rx 2000.

1164 14. Les Forces canadiennes mettent en place un processus de dépistage normalisé qui inclura tous les spécialistes appropriés et qui sera sous le contrôle d'un seul point de contact.

1165 15. Les Forces canadiennes montent un projet pilote pour déterminer les moyens les plus efficaces, pour les membres revenant d'un déploiement, d'être réintégrés dans la vie de famille et la vie de garnison.

1166 16. Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à tous les membres du personnel soignant en santé mentale, y compris les aumôniers militaires et les travailleurs sociaux, d'avoir accès à la formation dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale.

1167 17. Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à la branche du travail social d'organiser des journées de réflexion annuelles pour tous ses travailleurs sociaux. Le SSPT devrait être un thème important de ces journées.

1168 18. Les règles concernant le reclassement soient modifiées pour pouvoir accommoder rapidement les membres atteints du SSPT et pour lesquels un transfert dans un autre groupe professionnel militaire serait thérapeutiquement bénéfique.

1169 19. Les Forces canadiennes examinent et évaluent l'efficacité des politiques et procédures destinées à aider le personnel de Réserve et de renfort, avant et après un déploiement.

1170 20. Les Forces canadiennes revoient leurs politiques et procédures et les assouplissent, dans la mesure du possible, de façon à pouvoir répondre aux souhaits des membres atteints du SSPT qui désirent demeurer dans leur unité aussi longtemps que possible.

1171 21. Les Forces canadiennes revoient leurs procédures de placement de membres sur la LEPND afin d'impliquer davantage les médecins militaires et les commandants d'unités dans les décisions.

1172 22. Les unités maintiennent un contact, au moins toutes les deux semaines, avec leurs membres sur la LEPND compte tenu des restrictions imposées par le personnel soignant ou des désirs contraires du membre.

1173 23. Les Forces canadiennes se penchent sur les problèmes de ressources qui empêchent les unités de s'occuper comme il se doit de leurs membres atteint du SSPT.

1174 24. Les Forces canadiennes donnent la priorité à l'accélération des efforts de normalisation dans les CSTSO en matière de traitement des membres atteints du SSPT.

1175 25. Les CSTSO reçoivent, en priorité, des ressources suffisantes pour exercer toutes les fonctions qui leur ont été confiées.

1176 26. La DGS San lance un projet pilote de réinstallation d'un CSTSO hors de la base afin de vérifier si un tel arrangement répond mieux aux objectifs du CSTSO.

1177 27. Les Forces canadiennes prennent des mesures pour faire face aux problèmes de stress et d'épuisement professionnel causés, au sein du personnel soignant, par le manque de ressources et des charges de travail trop élevées.

1178 28. Les Forces canadiennes prennent des mesures pour améliorer les programmes de soutien aux familles des membres atteints du SSPT, partout et à tous les niveaux.

1179 29. Les Forces canadiennes continuent de soutenir l'initiative de Soutien social aux victimes de stress opérationnel et allouent des ressources suffisantes pour étendre cette initiative ou des programmes similaires à l'ensemble de l'organisation.

1180 30. Les Forces canadiennes revoient de façon exhaustive les règles traitant de la confidentialité des renseignements médicaux. Dans l'immédiat, les bris de confidentialité doivent être traités de manière visible et rapide afin de rétablir la confiance dans la détermination des Forces canadiennes à protéger les renseignements personnels.

1181 31. Les Forces canadiennes créent un poste de coordonnateur pour le SSPT, poste relevant directement du CEMD et destiné à coordonner toutes les activités relatives au SSPT dans l'ensemble des Forces canadiennes.

Liste des abréviations

1182	AAC	Anciens Combattants Canada
1183	adj	adjudant
1184	adjuc	adjudant-chef
1185	adjum	adjudant-maître
1186	BFC	base des Forces canadiennes
1187	bgén	brigadier-général
1188	bon	bataillon
1189	BPR	Bureau de première responsabilité
1190	capc	capitaine de corvette
1191	capt	capitaine
1192	CE	commission d'enquête
1193	CEAFC	Centre-école des aumôniers des Forces canadiennes
1194	CEFTC	Collège d'état-major de la Force terrestre canadienne
1195	CEMA pres SS	Chef d'état-major adjoint – Prestation des soins de santé
1196	CEMAT	Chef d'état-major de l'Armée de terre
1197	CEMD	Chef d'état-major de la Défense
1198	CFC	Collège des Forces canadiennes
1199	CFSP	Centre de formation pour le soutien de la paix
1200	CGPM	Code de groupe professionnel militaire
1201	CIC	Centre d'instruction au combat
1202	CIECAV	Centre d'instruction d'été des cadets de l'Armée de Vernon

1203	CISO	Centre d'instruction du Secteur de l'Ouest
1204	CLRA	Centre des leçons retenues de l'Armée
1205	cmdt	commandant
1206	CMR	Collège militaire royal du Canada
1207	col	colonel
1208	CPDNAC	Comité permanent de la défense nationale et des anciens combattants
1209	cpl	caporal
1210	cplc	caporal-chef
1211	CRC	Conseil de révision des carrières
1212	CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
1213	CROP	compte rendu d'opération
1214	CS Ex	Chef – Service d'examen
1215	CSR	Comité supérieur de révision
1216	CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels
1217	DAGRCM	Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)
1218	DGS San	Directeur général – Service de santé
1219	DSBA	Directeur – Soutien aux blessés et administration
1220	DSM-IV	*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition
1221	E Pomp FC	École des pompiers des Forces canadiennes
1222	EEAFC	École d'études aérospatiales des Forces canadiennes

1223	EIPRS	Effectifs indisponibles pour raison de santé (maintenant *LEPND*)
1224	ELRFC	École de leadership et de recrues des Forces canadiennes
1225	EM	expert en la matière
1226	EPMFC	École de la Police militaire des Forces canadiennes
1227	ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
1228	FAA	Forces armées australiennes
1229	FC	Forces canadiennes
1230	FORPRONU	Force de protection des Nations Unies
1231	Gén	général
1232	GRFC	Groupe du recrutement des Forces canadiennes
1233	GT	groupement tactique
1234	lcol	lieutenant-colonel
1235	LDN	*Loi sur la défense nationale*
1236	LEPND	Liste des effectifs du personnel non disponible
1237	LF	logement familial
1238	lgén	lieutenant-général
1239	lt	lieutenant
1240	ltv	lieutenant de vaisseau
1241	MDN	ministère de la Défense nationale
1242	MM	médecin militaire
1243	MR	militaire du rang (autrefois *personnel non officier*)

1244	NU	Nations Unies
1245	OAFC	Ordonnance administrative des Forces canadiennes
1246	OBS	Officier du bien-être social
1247	OPP	Police provinciale de l'Ontario
1248	OSP	officier de sélection du personnel
1249	OSPB	officier de sélection du personnel de la base
1250	OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
1251	PAT	Programme d'aide à la transition
1252	PM	police militaire
1253	PPCLI	Princess Patricia Canadian Light Infantry
1254	QGDN	Quartier général de la Défense nationale
1255	RA/EMNRE	Révision administrative – États médicaux nécessitant des restrictions à l'emploi
1256	RARM	Régime d'assurance-revenu militaire
1257	RECL	reclassement
1258	SAFT	Secteur de l'Atlantique de la Force terrestre
1259	SCFT	Secteur du Centre de la Force terrestre
1260	s/off	sous-officier (maintenant *MR*)
1261	SDIC	stress dû à un incident critique
1262	SISFC	Système d'information de santé des Forces canadiennes
1263	SMA(RH-Mil)	Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
1264	SNE	Service national des enquêtes
1265	SOFT	Secteur de l'Ouest de la Force terrestre

1266	SREIFC	Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes
1267	SSFC	Service de santé des Forces canadiennes
1268	SSHV 2000	Sondage sur la santé et les habitudes de vie 2000
1269	SSPT	syndrome de stress post-traumatique
1270	SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
1271	SVSIC	séance de verbalisation suivant un incident critique
1272	USS	unité de soutien de secteur